DROGHE & DIRITTI

FUORILUOGO

forum droghe
movimento per i diritti contro la proibizione

I trattamenti con eroina

Dossier sulle esperienze europee e le evidenze scientifiche

www.fuoriluogo.it
fascicolo di documentazione n. 13
aggiornamento giugno 2009

- Grazia Zuffa, “Trattamenti con eroina, una panoramica internazionale”, scheda introduttiva, giugno 2008

- Grazia Zuffa, “Eroina medica, scienza ed etica della cura”, *Il Manifesto*, rubrica “Fuoriluogo”, 4 giugno 2009

- Giorgio Bignami, “La formidabile macchina da guerra tedesca. Germania, i risultati positivi della sperimentazione di trattamenti con diacetilmorfina condotta in sette grandi città”, *Fuoriluogo*, dicembre 2007

- Matteo Ferrari, “Fiducia nella scienza e serietà politica, la ricetta svizzera. Dal primo studio alla messa a regime delle terapie con eroina medica, un percorso lungo oltre dieci anni”, *Fuoriluogo*, dicembre 2007

- Matteo Ferrari, “Eroina in pastiglie, in Svizzera si può”, *Fuoriluogo*, aprile 2007

- Matteo Ferrari, “Sì alla riduzione del danno, rinvio per la canapa. Svizzera, approvate le modifiche del governo alla legge sulle droghe”, *Fuoriluogo*, gennaio 2007

- Susanna Ronconi, “Salute e dignità per i nostri figli”. Parla la portavoce delle associazioni svizzere dei familiari di chi usa sostanze, *Fuoriluogo*, dicembre 2006

- Franco Marcomini, “Il velo squarciato. Per una ricerca olandese l’eroina medica migliora la qualità della vita”, *Fuoriluogo*, settembre 2005

- Matteo Ferrari, “Ora si guarda a Berna. Gli ultimi dati sui trattamenti con eroina”, *Fuoriluogo*, febbraio 2005

- Matteo Ferrari, “La valanga. Zurigo, approvati i trattamenti con eroina”, *Fuoriluogo*, ottobre 2004

- Susanna Ronconi, “La strana ‘pallina’ che uccide, *Fuoriluogo*, giugno 2004

- Matteo Ferrari, “Dieci anni di dati. Svizzera, il Rapporto 2002 per i trattamenti con eroina”, *Fuoriluogo*, dicembre 2003
- Andalusia, trattamenti con eroina (scheda)

- Marina Impallomeni, “Canada, la riforma procede”, *Fuoriluogo*, gennaio 2003

- Matteo Ferrari, “Vite più accettabili. Il Rapporto sui trattamenti a base di eroina in Svizzera per il 2001”, *Fuoriluogo*, novembre 2002

- Marina Impallomeni, “La svolta prende forma. Gran Bretagna, presentato il rapporto sulle droghe della Commissione parlamentare”, *Fuoriluogo*, giugno 2002

- Marina Impallomeni, “La forza dei dati. Parla Vincent Hendriks: i trattamenti con eroina si dimostrano efficaci”, *Fuoriluogo*, maggio 2002

- Freek Polak, “Tra cura e proibizione. L'approccio medico come fase di transizione: la sperimentazione clinica e il contesto di illegalità”, *Fuoriluogo*, maggio 2002
- La prescrizione medica di eroina. I risultati della ricerca (scheda)

- Salvina Rissa, “Promossa a pieni voti. Eroina medica, reso noto il rapporto sulla ricerca scientifica”, *Fuoriluogo*, febbraio 2002
- Cronistoria: un compromesso politico (scheda)
- Il precedente: la ricerca svizzera (scheda)

- Peter Cohen, “Lo status legale fa la differenza”, *Fuoriluogo*, febbraio 2002

- Matteo Ferrari, “Germania, si delinea una politica europea”, *Fuoriluogo*, gennaio 2002

- Daniel Lukes, “Prime concessioni in trent’anni. Regno Unito, new deal del governo su marijuana ed eroina medica”, *Fuoriluogo*, novembre 2001

- Matteo Ferrari, “La talpa svizzera”. I dati per il 2000 sui trattamenti con eroina ne confermano la funzione di terapia-ponte adatta a gestire una delicata fase di passaggio, *Fuoriluogo*, settembre 2001

- Grazia Zuffa, “Speciale morfina. Prima del metadone”, luglio/agosto 2001

- Grazia Zuffa, “Speciale morfina. Un'esperienza rimossa. Parlano i protagonisti di Napoli e Firenze”, luglio/agosto 2001

- Patrizio Gonnella, “Se il tossico non è più un criminale. Parla José Luis Ripollés”, *Fuoriluogo*, maggio 2001

- Juan Antonio Catalàn Berges, “La via svizzera arriva in Spagna”. Eroina medica. Andalusia e Catalogna avviano due progetti pilota per la somministrazione controllata, *Fuoriluogo*, maggio 2001

- Marina Impallomeni, “Abbiamo ridotto i reati dell’80%”. Intervista al criminologo svizzero Martin Killias, *Fuoriluogo*, marzo 2001

- Freek Polak, “Somministrazione controllata. Se l’eroina cura. Il successo svizzero, gli inconvenienti della medicalizzazione. Perché non esistono soltanto i consumatori problematici”, *Fuoriluogo*, settembre 1999

- Uwe Staffler, “Eroina medica, nel 2000 la sperimentazione. Parla la tedesca Christa Nickels, zarina delle droghe”. *Fuoriluogo*, settembre 1999

- Peter Cohen, “Affari di status. Sociale. La via olandese alla riduzione del danno”, *Fuoriluogo*, marzo 1999

- Matteo Ferrari, “Svizzera: regolamentata l'eroina, si discute della cannabis”, *Fuoriluogo*, novembre 1998

- José Luis Díez Ripollés, “Somministrazione di eroina: anche la Spagna vuole sperimentare”, *Fuoriluogo*, giugno 1998

- Valerio Bianchi, “Eroina sotto controllo medico: l’Emilia Romagna sollecita il governo”, *Fuoriluogo*, aprile 1998

- Peter Cohen, “Parte la distribuzione di eroina in Olanda. Il caso del pastore Visser di Rotterdam”, *Fuoriluogo*, gennaio 1998

- Sergio Segio, “Somministrazione di eroina: Pregi e limiti, precursori e interpreti della proposta Fonseca”, *Fuoriluogo*, gennaio 1998

- Claudio Cappuccino, “C’era una volta il sistema inglese. Breve storia dell’eroina terapeutica”, *Fuoriluogo*, gennaio 1998

- Susanna Ronconi, “Più sani, più integrati, ma soli. I risultati della distribuzione di eroina”, *Fuoriluogo*, ottobre 1997

- Grazia Zuffa, “I programmi sull’eroina in Svizzera: parla Ueli Locher”, *Fuoriluogo*, maggio 1996

Trattamenti con eroina, una panoramica internazionale

(Heroin assisted maintenance treatment o Heroin Assisted Treatment – HAT)

a cura di Grazia Zuffa

Come si evince chiaramente dalla denominazione, la prescrizione di eroina medica rientra nel pilastro "trattamenti", non in quello "riduzione del danno". Tuttavia, i trattamenti con eroina medica rispondono ad alcuni principi fondamentali della riduzione del danno, due in particolare: 1) differenziare i trattamenti per raggiungere il maggior numero possibile di consumatori e mantenerli in contatto con la rete dei servizi sociosanitari, secondo l'approccio di sanità pubblica 2) agire sulla componente del contesto d'uso (*setting*) e sulle conseguenze del consumo, prima che sul consumo stesso (prendendo a riferimento il modello multifattoriale di interpretazione dei consumi: *droga, set, setting*). Conseguentemente per i trattamenti con eroina, l'obiettivo a breve/medio termine è la *stabilizzazione* (fisica, psicologica e sociale) del consumatore, mentre l'astinenza rimane obiettivo a lungo termine.
Il termine "trattamento assistito con eroina" bene corrisponde alle sue caratteristiche: si tratta di programmi in cui l'utilizzo di diacetilmorfina o DAM (termine tecnico per definire l'eroina), in genere per via iniettiva, è associato a interventi intensivi e strutturati di sostegno psicosociale, condotti dunque sotto la responsabilità congiunta di medici, psicologi e operatori sociali.
Si possono definire trattamenti ad alta soglia, sia per la rigorosa selezione di accesso (i requisiti base sono l'avere alle spalle una dipendenza di diversi anni e precedenti fallimenti in altri tipi di trattamento in soggetti con salute psicofisica e tenuta sociale precaria, se non fortemente compromessa); sia per le regole stringenti del trattamento stesso, fra cui la più impegnativa attiene alla somministrazione della sostanza presso il servizio, dove gli utenti devono recarsi fino a tre volte al giorno (solo di recente in Svizzera è stato introdotto il DAM anche sotto forma di pillole, con la possibilità di consegna in affido all'utente).

I trattamenti con eroina hanno una lunga storia alle spalle. La loro origine affonda nel cosiddetto *British System*, inaugurato negli anni '20: nonostante le restrizioni imposte dal nuovo regime di proibizione, i medici britannici furono autorizzati a prescrivere oppiacei a mantenimento ai loro pazienti. Nel Regno Unito tale pratica non si e mai interrotta, anche se è entrata in crisi a partire dagli anni settanta, riducendosi a numeri molto limitati.
L'interesse si riaccende due decadi dopo nel Merseyside, nella stagione di innovazioni ispirate alla riduzione del danno sul finire degli anni '80: il britannico John Marks effettua le prime sperimentazioni su piccoli numeri miranti a stabilire l'efficacia della prescrizione medica di eroina. A queste si ispireranno le autorità sanitarie della Confederazione Elvetica per avviare la prima sperimentazione clinica su larga scala agli inizi degli anni novanta. La sperimentazione aveva lo scopo di raccogliere evidenze a favore dell'utilizzo medico dell'eroina, al tempo vietato dalla legge.

Dalla prima sperimentazione alla messa a regime(1994-2006): l'esperienza svizzera
La sperimentazione, condotta secondo un disegno di coorte prospettico con valutazione prima/dopo (denominato PROVE), ha una durata di tre anni: inizia nel 1994 e il rapporto conclusivo esce nel 1997. I soggetti arruolati hanno una lunga storia di dipendenza alle spalle e sono gravemente compromessi nello stato di salute e nella situazione sociale. I risultati sono positivi, in tutte le aree prese in esame: più alta la ritenzione in trattamento rispetto ai programmi tradizionali, migliora la salute fisica e psichica, sensibile è la riduzione del consumo di droghe illegali. Migliorano anche le condizioni abitative e lavorative e si riducono drasticamente le condotte criminose di pari passo al distacco degli utenti dalle "scene della droga". Sulla base di questi esiti, nel 1998, la Confederazione emanava un decreto che, pur mantenendo il principio del divieto dell'uso medico,

concedeva ai Cantoni deroghe, sulla base di particolari condizioni legate alla tipologia dei destinatari dei trattamenti con eroina. Si calcola che gli utenti eleggibili siano circa il 10% dell'intera popolazione dipendente da oppiacei (stimata in Svizzera in 30.000 soggetti). Dal 2002, il trattamento a base di eroina è entrato nel novero delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia, poiché è risultato rispondente ai criteri di efficacia e di rapporto costi/benefici. Infine, nel 2006, i trattamenti con eroina sono usciti dalla fase eccezionale, entrando a pieno titolo nel novero degli strumenti terapeutici disponibili, anche se rimangono una opzione di alta soglia.
Dopo la fine dello studio iniziale, i dati sugli utenti in trattamento hanno continuato ad essere raccolti ed elaborati in rapporti annuali, che hanno confermato, lungo l'arco di un decennio, i risultati positivi iniziali. In particolare si riconferma l'alto tasso di permanenza nel programma, il miglioramento della salute fisica e psichica, la riduzione accentuata delle condotte criminose. L'utenza che segue il programma da almeno un anno consuma meno altre sostanze (in particolare alcol, cocaina, cannabinoidi e tabacco) rispetto a chi ha appena iniziato la terapia. La durata media della presa in carico è di quasi tre anni. Ogni anno circa 180/200 pazienti terminano il trattamento con eroina: la metà si indirizza verso un trattamento metadonico, un quarto verso un trattamento *drug free*. Col tempo è stata introdotta una procedura per valutare la soddisfazione degli utenti: una netta maggioranza si dichiara soddisfatta o molto soddisfatta del programma. Alcune novità sono state introdotte nella modalità di assunzione della sostanza, rendendo disponibile il DAM in compresse (meno rischiose della sostanza iniettata). Nel 2006, sono stati 1289 gli utenti trattati in 21 centri e in due penitenziari con un dosaggio medio giornaliero di circa mezzo grammo: il 69% ha iniettato la sostanza, il 31% ha scelto le compresse.

Le sperimentazioni degli anni duemila

Gli studi svizzeri sono stati ripetuti in Olanda, Germania e Spagna, mentre in Canada, Belgio e Regno Unito nuove esperienze sono in corso.
L'Olanda inaugura la nuova stagione di studi di valutazione con un primo esperimento pilota partito nel 1998. La sperimentazione entra a regime nel 2000 coinvolgendo 750 soggetti e si chiude nel 2001. Il rapporto scientifico esce nel 2002. Si tratta di due trial clinici con gruppo di controllo, il primo con il gruppo sperimentale che assume eroina iniettata e metadone per via orale, il secondo con gruppo sperimentale che assume eroina inalata e metadone (ambedue i gruppi ricevono un'offerta standard psicosociale). In ambedue gli esperimenti, i gruppi di controllo ricevono metadone per via orale (più la medesima offerta standard psicosociale). I soggetti ammessi alla sperimentazione olandese hanno all'incirca le stesse caratteristiche di quelli svizzeri (in particolare: il 66% ha problemi fisici, il 60% problemi psichiatrici, il 72% problemi sociali). Le aree prese in considerazione per valutare la "risposta" al trattamento (i cosiddetti *responders*) sono: la salute fisica, lo status mentale, il funzionamento sociale. Il gruppo sperimentale con eroina iniettata ottiene un 25% di miglioramento in più rispetto al gruppo di controllo, il 23% il gruppo sperimentale con eroina inalata. Inoltre, fra i soggetti trattati con eroina è più alto il numero dei *responders* in più aree.
Il rapporto scientifico raccomanda perciò l'introduzione della eroina medica nel sistema trattamentale per uno specifico target di soggetti dipendenti da oppiacei da lunga data e "resistenti" alle altre forme di terapie correnti, in particolare ai trattamenti metadonici; si raccomanda anche di integrare la somministrazione della sostanza con l'offerta psicosociale, compreso il counseling, la psicoterapia e la riabilitazione. Dopo la fine dello studio, la pratica è continuata per uso compassionevole per qualche tempo, finché nel 2004 il governo olandese ha deciso per la sua entrata a regime nel sistema dei trattamenti.
Il trial olandese riveste particolare importanza sia per le differenti forme di assunzione della sostanza prese in esame; sia per la pratica di abbinare l'eroina a una dose limitata di metadone per via orale (per prolungare la "copertura" farmacologica e meglio stabilizzare l'utente), che sarà seguita nei successive studi spagnoli e tedeschi.

In **Spagna,** la sperimentazione è stata condotta in Andalusia, a Granada, dal 2003 al 2004. Si tratta di un trial clinico randomizzato con gruppo sperimentale a eroina iniettata più metadone orale e gruppo di controllo a solo metadone orale. Le aree tenute sotto controllo sono: salute generale, stato psicologico, qualità della vita, problemi droga correlati, uso di eroina illegale, comportamenti a rischio per Hiv e Hcv, situazione familiare e sociale. Il gruppo sperimentale ha raggiunto risultati superiori a quello di controllo, in particolare per ciò che riguarda il miglioramento della salute fisica, il decremento dei comportamenti a rischio, dei problemi e dei reati droga correlati; mentre non si registrano differenza significative nella ritenzione in trattamento.
Un altro trial è stato condotto a Barcellona dal 2004 al 2006, per comparare eroina e morfina per via orale (gruppo sperimentale) con metadone orale (controllo), ma ancora non sono noti i risultati.
In **Germania**, l'esperimento è stato promosso nel 2002 dal ministero della salute, da tre stati (Bassa Sassonia, Renania-Westfalia e Assia) e da sette città di grandi dimensioni (fra cui Francoforte, Monaco, Amburgo). Sono state arruolate oltre 1000 persone secondo i criteri già noti (persone dipendenti da almeno 5 anni, quasi tutte in pessime condizioni di salute fisica e mentale, molte senza fissa dimora etc.). La metà dei soggetti arruolati aveva avuto scarsi o nulli rapporti coi servizi (definiti "non raggiunti"), l'altra metà non aveva tratto giovamento dal trattamento corrente (definiti "fallimenti del trattamento metadonico"). Il gruppo sperimentale ha ricevuto eroina (più,a richiesta, metadone a basso dosaggio), il gruppo di controllo solo metadone. Anche questo studio ha dimostrato i migliori esiti del gruppo sperimentale rispetto alle consuete aree considerate: particolarmente significativa la riduzione del consumo di eroina di strada senza che si sia registrato un aumento del consumo di altre droghe.
Nel **Regno Unito** vige ancora la possibilità di prescrivere eroina a scopo medico. Ogni medico ha in teoria la facoltà di prescrivere eroina, dietro licenza rilasciata dallo Home Office; tuttavia, come accennato, la pratica è caduta in disuso da diversi decenni. Da una ricerca condotta nel 2000, risultavano 70 medici abilitati alla prescrizione di eroina, con circa 450 pazienti in carico. La *Home Office Updated Strategy* 2002 (aggiornamento della strategia antidroga) annovera fra i suoi obiettivi la facilitazione dell'accesso ai trattamenti con eroina. Nel maggio 2003, la *National Treatment Agency for Substance Misuse* (Agenzia nazionale per i trattamenti) ha pubblicato un documento di indirizzo sull'eroina e il metadone iniettabili: si afferma che la prescrizione di oppiacei iniettabili può essere vantaggiosa per una minoranza di consumatori di eroina che non rispondono al trattamento orale e offre linee guida al riguardo.
Per migliorare le conoscenze e vincere le resistenze, nel 2005 è iniziato il *British Randomized Injecting Opiod Treatment Trial* (RIOTT): lo studio ha due gruppi sperimentali, uno con metadone iniettato, l'altro con eroina iniettata, a fronte di un gruppo di controllo a metadone orale (va ricordato che fino agli anni '60-'70 vigeva in Gran Bretagna la prescrizione di metadone per via iniettiva, oltre che di eroina iniettata). Il risultato dello studio RIOTT è atteso per il 2009.
Infine in **Canada,** a Montreal e Vancouver, è in corso dal 2006 il *North American Opiate Medications Initiative* (NAOMI), trial clinico randomizzato con gruppo sperimentale a eroina iniettata e controllo a metadone orale (con uguali interventi psicosociali). Il reclutamento ha richiesto molto tempo per i requisiti particolarmente stringenti (l'avere alle spalle almeno due fallimenti in altri trattamenti, di cui uno a metadone a mantenimento, e non essere sottoposto ad alcun trattamento al momento del reclutamento).

Indirizzi e prospettive

I trattamenti con eroina hanno ormai superato la fase sperimentale e sono da considerarsi validati. Sono anzi fra le terapie che più sono state sistematicamente studiate nell'ambito delle dipendenze, anche per ovviare alle molte obiezioni di carattere politico che sono state avanzate.
Attualmente, i benefici a livello individuale non vengono più contestati, anche se rimangono obiezioni circa l'effetto di "banalizzazione" dei rischi dell'eroina e timori per il possibile travaso nel mercato illegale. Anche sotto questo aspetto i dati della Svizzera (i più esaurienti e su un arco

temporale più lungo) sono confortanti: nel decennio in cui i trattamenti con eroina erano già in vigore, la prevalenza del consumo di eroina è andata diminuendo; inoltre, non c'è stato alcun segnale di travaso sul mercato nero, neppure dopo l'avvio della consegna agli utenti del DAM in pillole.
Va però ribadito che le evidenze disponibili sono limitate ad un target specifico di utenza e nel contesto di paesi dotati di un sistema strutturato e comprensivo di terapie per la dipendenza da oppiacei.

Nota

Fra la ormai abbondante bibliografia disponibile, si segnala un articolo che offre una panoramica complessiva:
Fischer B. et al. (2007), "*Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics*", in Journal of Urban Health, vol.84, n.4, pp.552-562

(giugno 2008)

Eroina medica, scienza ed etica della cura

Grazia Zuffa

In Germania, i servizi per le tossicodipendenze hanno la possibilità di prescrivere ai consumatori trattamenti con eroina medica: è questo il risultato della legge approvata qualche giorno fa dal *Bundestag* coi voti della SPD, della Linke, dei verdi e dei liberali (349 favorevoli e 198 contrari). Il parlamento federale ha preso atto dei risultati positivi della sperimentazione clinica conclusa nel 2004. Era iniziata nel 2002 in sette grandi città (fra cui Francoforte, Monaco e Amburgo), su iniziativa del ministro della salute insieme a tre regioni (Bassa Sassonia, Renania Westfalia e Assia). Il target dell'esperimento era ristretto a consumatori con particolari caratteristiche: età superiore a 23 anni, dipendenti da almeno cinque, in condizioni di grave disagio fisico, psichico e sociale; soprattutto, che non avessero tratto sufficienti benefici dai trattamenti più comuni,o, peggio, che non avessero mai avuto contatti coi servizi. Il confronto è stato fatto col trattamento a metadone: il gruppo sperimentale ha ricevuto eroina, quello di "controllo" il metadone; ambedue, con forme di supporto psico-sociale. Il programma con eroina si è rivelato più efficace nel prevenire gli abbandoni, nel diminuire in maniera consistente l'assunzione di eroina di strada e i reati droga correlati, nel migliorare la salute e la situazione sociale e lavorativa delle persone. L'ampiezza dell'esperimento (circa 1000 consumatori coinvolti solo nella prima fase) e il rigore scientifico con cui è stato condotto sono fuori discussione. Se si fosse trattato di un altro farmaco, qualsiasi casa farmaceutica avrebbe avuto l'autorizzazione alla messa in commercio. Quando però sono in gioco le droghe e le dipendenze, il rapporto fra scienza e politica si fa arduo. Nel 2005 il gruppo di ricercatori concludeva il suo rapporto chiedendo che l'eroina medica fosse registrata nella farmacopea: incontrando però l'ostilità della Cdu di Angela Merkel (cfr. Matteo Ferrari, *Fuoriluogo* marzo 2007). I democristiani avrebbero preferito una soluzione "alla chetichella": continuare il trattamento a chi già lo riceveva e inserire nuovi pazienti nei posti resisi disponibili. Solo però nel contesto sperimentale, senza far entrare ufficialmente l'eroina nel catalogo delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario. Affidandosi cioè a quel poco (o tanto) di ipocrisia, che in tempi moderni viene nobilitato a pilastro dell'etica pubblica (vedi da noi il dibattito sulla sospensione delle terapie ad Eluana Englaro). Per quattro anni la Spd ha cercato una mediazione con la Cdu, per non creare problemi all'interno della Grosse Koalition. Senza successo peraltro, tanto che la legge è passata con la fiera opposizione dei democristiani. C'è da dire che l'eroina medica ha avuto un forte consenso nelle città coinvolte nella sperimentazione, al di là degli schieramenti di partito.
La Germania ha sperimentato l'eroina terapeutica dopo analoghi studi condotti in Svizzera, Olanda, Spagna; altri due sono in corso nel Regno Unito e in Canada. In Svizzera, Olanda e Germania i trattamenti sono ormai a regime e la letteratura scientifica li considera validati: anzi, sono le terapie più sistematicamente studiate, anche per ovviare alle obiezioni di carattere politico. Non c'è però peggior sordo di chi non vuole sentire. Nel dibattito al *Bundestag*, i democristiani hanno sostenuto che le terapie con eroina "avrebbero portato ad un incremento dell'uso". Peccato che i dati della Svizzera, raccolti su un arco di quasi quindici anni, dicano esattamente il contrario. Ma il tasso ideologico dei conservatori tedeschi è niente a confronto del delirio di onnipotenza oscurantista del governo italiano. Che non solo non avvia alcuno studio sperimentale, ma pretende di condannarlo prima ancora di farlo. Anzi, pretende di mettere al bando anche quelli fatti dagli altri: tanto che, al recente summit Onu, avrebbe voluto che nella dichiarazione politica fosse inserita la seguente specifica: "la riduzione del danno non comprende i trattamenti con eroina"(sic!).
L'eroina medica dà un segnale di "valore" sbagliato, si dice. Ma è accettabile privare chi ne ha bisogno di un trattamento efficace? Pensiamoci. Se di etica vogliamo parlare, invece di straparlare.
(dossier sui trattamenti con eroina su www.fuoriluogo.it)

Da: *Il Manifesto*, rubrica "Fuoriluogo", 4 giugno 2009

GERMANIA, I RISULTATI POSITIVI DELLA SPERIMENTAZIONE DI TRATTAMENTI CON DIACETILMORFINA CONDOTTA IN SETTE GRANDI CITTÀ

La formidabile macchina da guerra tedesca

Sono state arruolate oltre mille persone dipendenti, la metà con nessun rapporto coi servizi

Giorgio Bignami

Se si trattasse di una nuova lucrosa indicazione di un qualunque vecchio farmaco, l'ultracentenaria diacetilmorfina (diamorfina, eroina: classe 1898, un anno prima dell'aspirina) da quel dì sarebbe stata registrata nel mondo intero per il trattamento dei soggetti a forte rischio per cronica dipendenza dall'eroina di strada – ovviamente col dovuto corteo di garanzie e limitazioni del caso, come ormai avviene per molti farmaci e/o particolari indicazioni dei medesimi. Infatti i dati sinora prodotti a favore di detto trattamento sono a tal punto probanti che non solo le mancate autorizzazioni rappresentano uno scandalo su scala planetaria;ma addirittura esse appaiono contrarie a quelle regole etiche internazionalmente accettate le quali consentono ulteriori sperimentazioni su di un trattamento di provata efficacia solo se esso è reso disponibile a tutti i soggetti che possono trarne vantaggio, indipendentemente dall'arruolamento o meno come partecipanti a una ricerca. Sono noti i risultati delle sperimentazioni condotte negli ultimi quindici anni, da quella svizzera a quella olandese. Nel secondo caso, ai risultati uniformemente positivi riguardanti lo stato di salute e la condizione sociale dei soggetti, si sono aggiunti più di recente quelli di minuziose analisi economiche, che hanno dimostrato una forte riduzione dei costi diretti e indiretti per la comunità: compresi sia quelli derivanti dal bisogno di cura e dalla disoccupazione, sia quelli per danni e per azioni penali a seguito di reati commessi dai tossici per sopravvivere e per procurarsi la droga.
I tedeschi sono partiti più tardi, nel 2002: ma sfruttando le informazioni raccolte nelle ricerche precedenti (e quindi identificandone le inevitabili incompletezze) e poi mettendo in moto una macchina organizzativa di formidabile sistematicità e potenza – se non fosse per i precedenti storici, diremmo: una vera e propria macchina da guerra totale – hanno fatto un vero e proprio *en plein*. Per questa ricerca si sono consorziati: il Ministero della salute del governo federale; tre Stati (Bassa Sassonia, Renania settentrionale-Westfalia e Assia); sette città per lo più di grandi dimensioni (Amburgo, Hannover, Colonia, Francoforte, Bonn, Karlsruhe, Monaco). In base a una selezione iniziale a partire da moltissimi soggetti, e dopo la esclusione di quelli che non rispondevano ai criteri per i trattamenti previsti, sono state arruolate oltre 1.000 persone dipendenti da eroina di strada da almeno cinque anni, quasi tutte in pessime condizioni di salute fisica e mentale, disoccupate, senza fissa dimora, socialmente isolate, spesso dedite ad attività illecite per sopravvivere e per procurarsi la droga e quindi bersaglio di condanne penali. La metà circa erano soggetti con contatti scarsi o nulli coi servizi ("Non raggiunti"). Gli altri invece erano già da tempo arruolati in programmi di trattamento con metadone combinato con varie misure di sostegno, e ciò nonostante seguitavano a far regolarmente ricorso all'eroina di strada ("Fallimenti del trattamento metadonico"). La metà circa dei soggetti non raggiunti e dei soggetti con fallimento del trattamento metadonico venne assegnata a caso al trattamento con metadone per via orale ai dosaggi consueti, l'altra metà al trattamento con eroina per via endovenosa tre volte al giorno (dose quotidiana media circa 0,5 g, dose quotidiana massima 1 g, singola dose massima 0,4 g), più una piccola dose serale di metadone, qualora richiesta per evitare crisi notturne di astinenza durante il più lungo intervallo tra una iniezione e l'altra. Infine ciascuno dei quattro sottogruppi venne suddiviso, sempre a caso, in due ulteriori sotto-sotto gruppi riceventi rispettivamente o una combinazione di *case management* (cioè contatti con un operatore costantemente disponibile) e di *counseling farmacologico*, ovvero un più specifico trattamento psicoeducativo. Di quest'ultima suddivisione non dovremo più occuparci, poiché non ha avuto influenza alcuna sui risultati.

Il primo risultato interessante riguarda la frequenza di abbandoni, assai più elevata nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone (circa il 60%) che nei soggetti trattati con eroina (circa il 30%): ma questo, solo per una forte differenza iniziale, dovuta al ritiro di parecchi soggetti che una volta assegnati dalla ruota della fortuna al trattamento metadonico, anziché a quello eroinico, hanno preferito tagliare immediatamente la corda (ma molti dei ritirati sono andati o tornati a curarsi in programmi di ordinaria amministrazione comprendenti per lo più un trattamento metadonico). Riguardo agli obiettivi principali della ricerca – stato di salute fisica e mentale, e frequenza di ricorso a droga di strada prima e dopo i 12 mesi della prima fase della ricerca (v. oltre) – le differenze a favore del trattamento con eroina sono state costantemente assai significative secondo i più sofisticati metodi statistici: più consistenti per il ricorso a droga di strada (oltre 20% di maggior riduzione, tra l'altro non accompagnata da un aumento del ricorso ad altra droga "dura" come la coca), meno consistenti per lo stato di salute fisica o mentale, peraltro fortemente migliorato con ambedue i trattamenti. E inoltre: malgrado le gravi difficoltà nel mercato del lavoro e in quello delle abitazioni, si sono riscontrati consistenti miglioramenti sia della situazione lavorativa e di quella abitativa, sia della socializzazione, mentre si riducevano le attività illecite e le relative azioni penali.
Dopo la conclusione della prima fase nel 2004 – il relativo rapporto del Centro per la ricerca sulle tossicodipendenze dell'Università di Amburgo, di oltre 150 minuziose pagine, è del gennaio 2006 –, si è svolta una seconda fase nella quale hanno seguitato a ricevere eroina i soggetti già facenti parte del gruppo trattato con eroina, e sono stati inseriti in tale gruppo, sino a coprire i posti lasciati liberi dagli abbandoni, un certo numero di soggetti precedentemente inseriti nel gruppo trattato con metadone, che lo richiedevano. Anche in questa seconda fase i risultati sono stati altrettanto positivi: in particolare, i soggetti precedentemente trattati con metadone hanno rapidamente raggiunto i livelli di salute fisica e mentale e di astinenza dalla droga di strada ai quali erano già pervenuti i soggetti trattati con eroina sin dall'inizio. L'unico dato moderatamente negativo: nei soggetti trattati con eroina, la frequenza degli effetti collaterali (soprattutto depressione respiratoria) è stata maggiore che nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone; questo, tuttavia, in una misura che non intacca se non marginalmente la notevole differenza di rapporto beneficio/rischio tra i due trattamenti. E inoltre un dato che non si riesce a spiegare e che richiede ulteriori specifiche ricerche: nelle donne le differenze tra chi riceveva metadone e chi riceveva eroina sono state minime rispetto a quelle assai più consistenti riscontrate negli uomini.
E allora? Un'antica favola narra che a un certo re venivano ripetutamente avanzate proposte mirate a migliorare le condizioni del suo regno e dei suoi sudditi, proposte però spesso scarsamente compatibili con gli interessi della sua regale famiglia. Il furbacchione non opponeva mai un esplicito rifiuto, ma ascoltava i "miglioristi" sempre e soltanto con l'orecchio colpito da sordità. Perciò nella favola si ripete all'infinito l'ameno ritornello "Ma il Re da quell'orecchio non ci sentiva...". Scherzi e favole a parte, alla luce dei risultati svizzeri, olandesi e tedeschi, la mancata ottimizzazione dell'assistenza e cura dei soggetti dipendenti da droga di strada non è più soltanto una mancata riduzione del danno. Ormai si tratta di lesioni dolose e di strage premeditata, con tanto di associazione trasversale a delinquere.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2007

DAL PRIMO STUDIO ALLA MESSA A REGIME DELLE TERAPIE CON EROINA MEDICA, UN PERCORSO LUNGO OLTRE DIECI ANNI

Fiducia nella scienza e serietà politica, la ricetta svizzera

Col tempo è stata introdotta una procedura di valutazione che coinvolge gli utenti stessi

Matteo Ferrari
Bellinzona

Il Dam (diacetile di morfina) è utilizzato in Svizzera ormai dal 1994 in modo strettamente regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa in carico psicosociale supportata da un trattamento medico: l'approccio terapeutico denominato "trattamento a base d'eroina" è rivolto a persone gravemente dipendenti che non hanno raggiunto risultati soddisfacenti in altri tipi di trattamento.

All'inizio degli anni '90 fece scalpore la notizia che, a causa del marcato immiserimento di un'importante fascia di persone tossicodipendenti, la Svizzera intendeva sperimentare l'uso di eroina in trattamenti sostitutivi. L'utilizzo terapeutico di stupefacenti non era una novità, accanto al metadone si usavano già almeno un'altra decina di stupefacenti, ma siccome l'eroina era un farmaco di cui era vietato l'uso medico, si optò per una sperimentazione sulla base di protocolli di ricerca dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 1997 un rapporto descriveva l'esito positivo di tre anni di sperimentazione e riconduceva gli eccellenti risultati non solo all'utilizzo di un nuovo farmaco, ma all'adozione di un articolato sostegno psicosociale.

Nel medesimo anno, in votazione popolare fu respinta in modo chiaro un'iniziativa che proponeva un divieto costituzionale dell'uso terapeutico dell'eroina. Entrò quindi in vigore nel 1998 un decreto che, pur mantenendo il principio del divieto d'uso medico, concedeva che a particolari condizioni, legate alla tipologia dei destinatari e alle strutture utilizzate, i Cantoni potessero però richiedere una deroga. Per una casistica che si riteneva potesse comprendere un massimo del 10% delle persone dipendenti da oppiacei (stimate essere 30.000 in Svizzera) diveniva dunque possibile utilizzare l'eroina quale agente terapeutico in programmi comprendenti un sostegno psicosociale ed eseguiti sotto la responsabilità congiunta di medici ed operatori sociali.

Con la riforma legislativa approvata a fine 2006, il trattamento a base d'eroina è infine uscito dal contesto della deroga a un divieto ed è stato inserito a pieno titolo nel novero degli strumenti terapeutici utilizzabili. Rimane però *un'opzione ad alta soglia*, che si usa in modo mirato e controllato per la presa a carico di situazioni cronicizzate e non quale risposta standard a ogni dipendenza da oppiacei. La sua fattibilità (in particolare, rischi di *overdose*, violenze o furti) è riconosciuta come assodata. L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare alla luce degli obiettivi terapeutici specifici: integrazione terapeutica di tossicomani difficilmente avvicinabili con altre terapie, miglioramento del loro stato di salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco dalla scena della tossicomania, riduzione della delinquenza). L'abbandono duraturo del consumo d'oppiacei figura per contro solo quale obiettivo a lungo termine. I risultati del periodo sperimentale 1994-96 e delle successive verifiche puntuali mostrano un alto tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione molto forte dei comportamenti criminosi. L'utenza che segue i trattamenti da almeno un anno consuma meno frequentemente altre sostanze, in particolare alcol, cocaina, cannabinoidi e tabacco, rispetto a chi ha appena iniziato la terapia.

Questo trattamento richiede tempo: la durata media di presa a carico è di quasi tre anni, anche perché l'età media dei pazienti si è alzata e sfiora ormai i quarant'anni. Ogni anno, tra 180 e 200 pazienti terminano il trattamento a base d'eroina. Quasi la metà di essi si dirige verso un trattamento metadonico e un quarto verso un trattamento basato sull'astinenza. Dati gli obiettivi del trattamento, fondamentale è la soddisfazione dei pazienti stessi. È stata pertanto introdotta col tempo una

procedura di valutazione che li coinvolge tramite questionari sul centro frequentato, sul grado di soddisfazione e sul successo del trattamento. Una netta maggioranza delle persone in trattamento si dichiara contenta o molto contenta dei risultati ottenuti.
Nel 2002 il trattamento a base d'eroina è entrato nel novero delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria, in quanto soddisfa i requisiti previsti: essere un trattamento "efficace, appropriato ed economico". Lo Stato da allora non finanzia più le prestazioni al paziente,ma solo gli aspetti scientifici e quelli legati alla qualità, alla valutazione e alla formazione continua. I confronti avviati fra i 20 e più centri autorizzati hanno permesso d'insediare una rete di contatti e una cultura improntata al costante sviluppo della qualità. È un approccio che si è rivelato promettente e che si sta estendendo ai centri e servizi che dispensano metadone, la cui qualità d'intervento è decisamente minore. In particolare, le discussioni sulle sanzioni previste nei contratti terapeutici hanno evidenziato le frequenti difficoltà di pazienti sofferenti psichicamente a rispettare le regole. Nell'assieme, i centri hanno tuttavia fatto buone esperienze nel formulare regole ben chiare, nel comunicarle senza ambiguità e nell'applicare il sistema di sanzioni previsto in ogni istituzione. Nella discussione sulle modalità e sul ruolo del trattamento a base d'eroina, è emersa l'opportunità di rafforzare la relazione tra questo tipo di trattamento e la psichiatria sociale. È importante poter seguire al meglio i singoli pazienti, ma pure promuovere le necessarie competenze in psichiatria per il personale sociosanitario a contatto con l'utenza. In particolare, i medici dei centri possono ora seguire una specifica formazione sui disturbi "borderline".
Interessante è lo sviluppo della posologia del Dam. Nella forma iniettabile per endovena (flaconi da 10g) è stato registrato quale medicamento già nel 2001, mentre per l'inizio 2008 è attesa una decisione definitiva sulla domanda d'autorizzazione per le compresse a liberazione rapida (compresse da 200mg). Inoltre, il fornitore ha depositato nel dicembre 2005 la domanda d'autorizzazione per delle compresse a liberazione lenta (da 200mg).
L'utilizzo di compresse d'eroina, infatti, è una forma di consumo meno rischiosa rispetto all'applicazione endovenosa e consente l'ammissione di persone gravemente dipendenti che hanno solo sniffato o inalato la sostanza. Uno studio di coorte ne ha valutato la sicurezza e la tolleranza: variazioni nel dosaggio, effetti secondari e soddisfazione dei pazienti. I risultati indicano che l'uso di compresse ha effetti positivi sul tasso di ritenzione. Inoltre, i dosaggi, a parte eccezioni, restano stabili e il tasso d'incidenti è minore che presso i pazienti con utilizzo per endovena. Si può affermare che, per migliorare il trattamento, tendenzialmente i centri si allontanano dalla specializzazione basata sull'eroina per andare verso l'utilizzo di più farmaci: metadone, buprenorfina ed eroina. Le compresse, come gli altri metodi, sono uno strumento a disposizione, da valutare caso per caso. Per il paziente di lunga data, l'utilizzo di compresse può significare il tangibile raggiungimento di una maggiore autonomia.
Nel 2006, la quantità totale di diacetilmorfina utilizzata nei centri è stata di 230 kg, per 1.289 pazienti in trattamento ad inizio 2006 in 21 centri e due prigioni, con un dosaggio medio giornaliero attorno al mezzo grammo. Per il 69% si è trattato di sostanza iniettabile, per il 20% di compresse a liberazione rapida e per l'11% a liberazione lenta. Il Dam iniettabile è utilizzato direttamente nei centri, mentre le compresse possono essere consegnate agli utenti: ciononostante, a conferma dell'elevata *compliance* degli utenti, non c'è stato alcun segnale di "travaso" sul mercato nero, che risulta pertanto l'indubbio perdente nell'adozione dei trattamenti a base d'eroina.
Studi effettuati in Olanda, Germania, Spagna e Gran Bretagna confermano i risultati positivi registrati in Svizzera e nuove esperienze sono in corso in Canada e Belgio. Il trattamento a base di diacetilmorfina (eroina) è così una delle terapie meglio studiate nell'ambito della tossicomania e il suo valore scientifico e clinico può essere ormai considerato acquisito.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2007

Eroina in pastiglie, in Svizzera si può

Matteo Ferrari

Come in molti paesi, anche in Svizzera la terapia sostitutiva fa parte dell'offerta terapeutica standard per chi dipende dall'eroina e in condizioni rigorosamente disciplinate è possibile la sostituzione con la sostanza originale. Il trattamento basato sull'eroina aiuta le persone gravemente dipendenti non raggiungibili con altre offerte. I criteri d'ammissione sono: età minima 18 anni, grave dipendenza dall'eroina da almeno due anni, almeno due tentativi di trattamento con un altro metodo riconosciuto interrotti o conclusi senza successo, e carenze sotto il profilo somatico, psichico o sociale. I risultati mostrano un sensibile miglioramento della salute psichica e fisica nonché della situazione sociale e si rileva una netta riduzione della delinquenza.
Ad inizio 2006, erano 1295 i pazienti trattati in 21 centri ambulatoriali e in due penitenziari. Ogni anno, da 180 a 200 pazienti terminano il trattamento. Circa il 40% per cento passa al metadone, il 25% ad una terapia orientata all'astinenza. Uno dei punti delicati è la durata del trattamento: la media ammonta a poco meno di 3 anni e ad inizio 2006 ne beneficiava ancora quasi il 20% di chi lo aveva iniziato nel 1994. Si deve tener presente che chi è ammesso in trattamento ha passato circa il 30% della vita in una condizione di dipendenza dall'eroina. I nuovi arrivi hanno in media 35 anni e hanno alle spalle 10 anni di dipendenza. I consumatori con una dipendenza di lunga data non possono essere guariti a breve termine, anche perché sovente soffrono di disturbi psichiatrici cronici e di patologie fisiche. Una media del trattamento di quasi 3 anni è quindi prova di un legame terapeutico stabile.
Ogni anno la Svizzera utilizza poco più di 200 kg d'eroina farmaceutica, con una media di 500 mg per giornata di trattamento. Per il 65% la sostanza è iniettata e per il 35% è assunta tramite compresse (23% a liberazione rapida e 12% a liberazione lenta).
L'utilizzo di compresse d'eroina è una forma di consumo meno rischiosa rispetto all'applicazione endovenosa e consente l'ammissione di persone gravemente dipendenti che hanno solo sniffato o inalato la sostanza. Uno studio di coorte avviato nel 2003 ne ha valutato la sicurezza e la tolleranza: variazioni nel dosaggio, effetti secondari e soddisfazione dei pazienti. I primi risultati indicano che l'assunzione di compresse ha effetti positivi sul tasso di ritenzione. Inoltre, a parte qualche eccezione, i dosaggi restano stabili e il tasso d'incidenti è risultato minore che presso i pazienti con utilizzo per endovena. Nel dicembre 2005 è pertanto stata inoltrata una domanda di registrazione per compresse di 200 mg a liberazione sia rapida sia lenta.
Tendenzialmente si può affermare che, per migliorare il trattamento, i centri si allontanano dalla specializzazione sull'eroina verso la differenziazione dei farmaci: metadone, buprenorfina ed eroina. Le compresse, come gli altri metodi, sono uno strumento a disposizione, da valutare caso per caso. Per il paziente di lunga data, l'utilizzo di compresse può significare il tangibile raggiungimento di una maggiore autonomia.

Da: *Fuoriluogo*, aprile 2007

SVIZZERA, APPROVATE LE MODIFICHE DEL GOVERNO ALLA LEGGE SULLE DROGHE

Sì alla riduzione del danno, rinvio per la canapa

La proposta si era arenata nel 2004 per l'opposizione del Consiglio Nazionale

Matteo Ferrari
Bellinzona

Nel dicembre 2006, il parlamento svizzero ha votato un'ampia revisione della legge sugli stupefacenti. Sono state approvate tutte le modifiche avanzate dal governo nel 2001, ad eccezione dell'apertura al consumo ricreativo della canapa, che è stata accantonata. Quest'ultima proposta è stata ripresa in un'iniziativa referendaria che sarà sottoposta al voto popolare fra un paio d'anni.
Proprio a causa della canapa, la riforma governativa aveva subito una battuta d'arresto all'inizio dell'estate 2004. Il Consiglio nazionale si era allora rifiutato d'entrare nel merito del progetto di legge già approvato dall'altro ramo del parlamento, il Consiglio degli Stati, che aveva accettato l'intera revisione, disposizioni sulla canapa incluse, con un risultato netto, senza voti contrari.
Le discussioni erano state dominate proprio dal tema della canapa, sostanza per la quale era stata proposta la depenalizzazione del consumo e l'adozione di regole per un'esplicita tolleranza di coltivazione e commercio destinati al consumo interno.
La precedente legge, in vigore dal 1951, in origine mirava a combattere solo l'uso illecito di farmaci, mentre la parziale revisione del 1975 aveva introdotto il divieto del consumo delineando un approccio proibizionista che considerava il diritto penale strumento primario della "lotta alla droga". Le esperienze condotte localmente dai Cantoni negli anni '80 e '90 avevano poi spinto la Confederazione a consolidare la riduzione del danno, introducendo la cosiddetta "politica dei quattro pilastri": prevenzione, riduzione del danno, terapia e reinserimento, repressione dei traffici illeciti. Il diritto penale aveva così assunto nella prassi recente una nuova valenza: strumento fra altri, da applicare in modo coerente.
Questo approccio, passato al vaglio di tre votazioni popolari e di due ampie consultazioni, era confluito nel disegno di legge governativo del 2001, approvato ora da ambedue i rami del parlamento (ad eccezione delle norme sulla canapa, come si è detto). Sono stati così affidati alle autorità nazionali compiti di coordinamento, ricerca, formazione e qualità, mentre l'intervento resta demandato ai Cantoni. Per il trattamento a base d'eroina, ad esempio, i Cantoni non possono agire senza avallo nazionale, ma al contempo non possono sorgere progetti senza il consenso cantonale. Sta alle popolazioni sollecitare le autorità locali ad adottare misure che sono già state sperimentate in altri cantoni: le regioni sono così spinte ad emularsi, in un "federalismo di concorrenza".
Sul vasto ventaglio di misure di riduzione del danno, dalla distribuzione di materiale sterile per iniezioni, ai locali per il consumo (le altrove famigerate "stanze per il buco"), fino al trattamento a base d'eroina, nel 2004 non c'era stata discussione. Le prassi locali, infatti, hanno mostrato quanto efficace sia una strategia di riduzione del danno, soprattutto se condotta con il sostegno delle istituzioni chiamate a reprimere la grande criminalità e il commercio illecito.
Neppure l'utilizzo terapeutico della canapa è stato contestato ed è ora legale; il governo aveva però proposto di depenalizzare il consumo ricreativo di quella sostanza e di tollerarne produzione e commercio destinati al consumo interno. A sostegno della proposta, erano avanzate queste argomentazioni: il forte divario tra la realtà dei consumi diffusi e la legge, col risultato che chi l'assume non si considera consumatore di "droga"; analoghi aumenti del consumo sono registrati nell'Unione europea, indipendentemente dalle norme legali; inoltre, la canapa genera danni alla salute relativi, mentre alcool e tabacco sono problemi di salute pubblica ben più gravi.
Come detto, un ramo del parlamento aveva approvato anche questa parte della riforma, mentre nel 2004 l'altro, il Consiglio nazionale, aveva preferito rifiutare l'entrata in materia. A fine 2006, tolte

le disposizioni legate al consumo ricreativo della canapa, la riforma legislativa non è stata per nulla osteggiata in parlamento e niente lascia presagire che saranno raccolte le firme per indire un referendum abrogativo.
Resta aperta la questione dell'uso ricreativo della canapa, che genera un mercato crescente, da regolare. Come gestire un prodotto non lecito? Una recente iniziativa popolare riprende quanto proposto nel 2001 dal governo. Chiede, infatti, che il consumo di stupefacenti, canapa compresa, rimanga vietato, ma che sia dichiarata non punibile l'infrazione per la canapa. Produzione e commercio di stupefacenti resterebbero vietati, mentre la Confederazione dovrebbe definire per la canapa le casistiche di non punibilità. Sulla base di un sistema di verifica, coltivazione e commercio di canapa verrebbero così "tollerati".
Contemporaneamente all'adozione parlamentare del resto della riforma, il governo ha preso posizione sull'iniziativa popolare, chiedendo a parlamento e popolo di respingerla. Il parlamento lo farà quasi certamente, mentre il popolo sarà chiamato ad esprimersi nel 2009.
La questione canapa resta dunque aperta, ma è finalmente divenuta legge una politica umana ed efficace verso chi consuma eroina o altri stupefacenti.

Da: *Fuoriluogo*, gennaio 2007

PARLA LA PORTAVOCE DELLE ASSOCIAZIONI SVIZZERE
DEI FAMILIARI DI CHI USA SOSTANZE

Salute e dignità per i nostri figli

Il metadone e l'eroina medica sono un ponte per vivere meglio quando non si riesce a smettere

Susanna Ronconi

Dirce Blochlinger è portavoce di Vevdaj, la Federazione svizzera delle associazioni di famigliari di consumatori di droghe, e animatrice della rete europea dei gruppi di genitori *European Alliance of Acceptance-oriented Families of Drug Users* (Efdu). L'abbiamo incontrata a Torino, proprio in occasione della riunione della rete, nell'ambito del progetto comunitario "Correlation", per lo sviluppo di pratiche sociali di empowerment.

Puoi raccontarci gli obiettivi della Federazione e l'approccio culturale secondo cui lavorate?

Vevdaj è nata a Zurigo trent'anni fa, quando il problema era soprattutto l'eroina, e le famiglie si sentivano colpevolizzate e stigmatizzate. Poi nel 1986 è nata la Federazione delle associazioni regionali e locali. Noi sosteniamo la politica svizzera sulle droghe, quella nota come dei quattro pilastri: prevenzione, cura, lotta al traffico (e non ai consumatori, beninteso!) e riduzione dei rischi. Gli obiettivi prioritari per noi sono tutelare la salute fisica e psichica delle persone che consumano droghe ed evitare che il consumo porti alla esclusione dalla società. Questo obiettivo non è sempre facile, perché non tutti in Svizzera sono a favore di una politica liberale. Lavoriamo soprattutto attraverso i gruppi di autoaiuto, ma organizziamo anche manifestazioni pubbliche, spesso in collaborazione con i drop in o i servizi sociali delle municipalità.

In Italia, le famiglie dei consumatori sono spesso diffidenti verso la riduzione dei rischi e spesso finiscono con l'essere tra le migliori alleate di un approccio rigidamente proibizionista. Come avete trattato al vostro interno questo aspetto?

Il desiderio più grande è sempre che i figli smettano di consumare sostanze, nella convinzione che così la pace possa tornare in famiglia, ma l'esperienza dimostra che smettere di assumere non è facile. Attraverso i gruppi di autoaiuto i genitori apprendono che c'è un periodo di grandi turbolenze che la famiglia deve affrontare, e che l'astinenza è un obiettivo a lungo termine. Per questo la nostra associazione ha lavorato per far accettare ai genitori il concetto della riduzione dei rischi. Sono state le esperienze molto drammatiche di altre famiglie a convincerli: molti giovani consumatori hanno spesso pagato con la vita, altri hanno contratto malattie, e penso che questo serva a convincere che l'astinenza non può essere l'unica soluzione. Non serve mirare all'astinenza e pensare che basti una pressione sui consumatori per far capire loro che quella non è la via giusta. È indispensabile tutelare sia la salute di queste persone sia la loro dignità umana, e accettare interventi come lo scambio di siringhe, le terapie metadoniche e la distribuzione controllata di eroina.

Insomma, più di tanti discorsi, l'argomento vincente è stata l'esperienza e lo scambio di esperienze tra famiglie...

Sì, certo. Molti ci dicevano che l'astinenza era "il" traguardo, molte famiglie erano sottoposte a un lavaggio del cervello da istituzioni con queste ideologie, o anche da ex consumatori astinenti, ma noi vedevamo che quel concetto di astinenza faceva anche morire molte persone. Ci sono persone per cui l'astinenza va bene, ma ce ne sono altre che hanno ancora bisogno della sostanza per affrontare la quotidianità, e allora la riduzione dei rischi è un ponte, per poter vivere meglio, anche considerando che spesso ci sono patologie come la depressione che vanno curate ben prima della dipendenza. Il confronto è comunque sempre vivo dentro la Federazione. L'accettazione del concetto di riduzione dei rischi è un processo lungo e spesso la gente lo comprende solo attraverso l'esperienza personale, verificando come sia negativo escludere del tutto questo quarto pilastro.

Chi sono i familiari che partecipano ai vostri gruppi?

Sono per lo più genitori, anche se ci sono fratelli, partner e ultimamente anche dei nonni. I figli consumano soprattutto eroina e cocaina ma anche cannabis usata fuori controllo, per esempio a cominciare dal mattino. E poi alcool, che sta diventando sempre più problematico. Molto rari i genitori di ragazzi che usano canapa ricreativa, per la quale comunque sosteniamo che la proibizione non risolve, ci vuole un approccio diverso. Sono più presenti le madri, circa l'80%, ma ci sono anche i padri, sebbene gli uomini partecipino in un modo diverso. Noi donne abbiamo più bisogno di parlarne, di scambiare vissuti, mentre i maschi tendono di più ad agire a livello pubblico. A volte i padri si difendono tirandosi fuori e allora le madri si trovano sole, magari con una coppia in aperta crisi. L'associazione è un luogo dove aiutarle e tentare una mediazione.

Che rapporti avete sviluppato con il sistema dei servizi?

Con i servizi, per lo più ci sono buoni rapporti. Ma c'è anche la conflittualità, soprattutto con genitori di consumatori di lunga data e in condizioni difficili, magari con problemi psichici o di depressione, per i quali i genitori si attivano e rivendicano in modo particolare anche se sono più che adulti. Noi sosteniamo i genitori e facciamo da mediatori, e interveniamo anche come associazione, quando si tratta di denunciare all'Ufficio della Sanità le cose che non vanno: ci sono casi in cui i consumatori non vengono trattati come ogni altra persona.

A che punto è la costruzione della rete europea, dopo la riunione di Torino?

La Efdu include famigliari da Olanda, Svizzera, Danimarca, Scozia, Germania, e dall'incontro di Torino, anche dall'Italia, con l'Arnica. Abbiamo voluto creare la rete con l'obiettivo principale di preservare salute e dignità dei consumatori, e di promuovere lo scambio di esperienze. È piuttosto difficile contattare i gruppi, soprattutto dove, al contrario di quanto accade in Svizzera, sono integrati dentro le comunità terapeutiche, e quindi anche l'argomento riduzione dei rischi è più difficile. Per questo apriamo la rete anche ai singoli genitori che ritengano che questo approccio sia importante. A loro noi diciamo che solo chi sopravvive ha poi l'occasione un giorno di orientarsi all'astinenza, e chi muore per l'astinenza non ha più nessuna *chance*. La sopravvivenza dei nostri figli, fratelli e partner è la priorità assoluta.

Efdu www.correlation_net.org/efdu (anche versione italiana)
Vevdaj www.vevdaj.ch (solo tedesco)
Dirce Blochlinger dirce.blochlinger@vevdaj.ch (parla italiano)

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2006

PER UNA RICERCA OLANDESE L'EROINA MEDICA MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA

IL VELO SQUARCIATO

Scrive il Lancet: «Non promuoviamo il consumo di droghe ma riteniamo che l'alone di segretezza che circonda i consumatori rappresenti l'aspetto più distruttivo della condanna culturale delle sostanze»

Franco Marcomini

Il nostro paese è attraversato da costanti fibrillazioni moraliste da parte degli (a)teo-con(sociativi) riuniti intorno al tavolo del salotto buono della nuova destra clerico-fascista e razzista, ma dotata di maschera liberale. Il lume si è spento e la ragione brancola nella buia ed intricata rete del trash finanziario: non si vedono all'orizzonte iniziative che affrontino concretamente e serenamente nodi politici cruciali. Tra questi punti critici, rimane senza risposta la questione dell'uso delle droghe: gli investimenti si vanno azzerando, la ricerca e l'azione soffrono di un clima di caccia alle streghe, la politica sembra temere la forza suggestiva del proibizionismo nostrano che a sua volta sembra temere sé stesso, avendone un nutrito numero di ragioni, prima di tutto la sua inconsistenza pragmatica, e per questo si rende strisciante ed episodico, avviluppando le sue trame nelle nebbie dell'intrigo. Meglio dunque gettare lo sguardo oltre i limitanti orizzonti del dibattito e delle pratiche nazionali. Ed ecco apparire una ricerca che mette in luce l'utilità di una buona pratica: "Analisi costi-benefici della co-somministrazione di eroina confrontata con il trattamento di mantenimento con metadone in persone dipendenti da eroina in due *trials* randomizzati"("Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials").
La ricerca è stata pubblicata dal *British Medical Journal* del 4 giugno 2005. Lo studio ha riguardato 6 città olandesi ed ha coinvolto 430 persone dipendenti dall'eroina. Sono stati confrontati un gruppo trattato per 12 mesi con eroina per inalazione o per via iniettiva, dosaggio massimo quotidiano 1 gr, con l'aggiunta di metadone, dosaggio massimo 150 mg, ed un gruppo con solo trattamento metadonico, dosaggio massimo quotidiano 150 mg. Non una scelta rivoluzionaria, ma l'applicazione razionale di un programma che ha anche il merito del rigore della valutazione, ma che nel nostro paese troverebbe un'opposizione pregiudiziale che risiede nell'avversione irrazionale alle politiche di riduzione del danno. Va precisato che il programma è stato applicato alle persone che si dimostravano resistenti a qualsiasi forma di trattamento (capita in molti servizi, anche se non si deve dire per non irritare certa committenza politica). Un'etica fondata sul diritto imporrebbe che queste persone non fossero lasciate al loro destino in nome di una astratta società libera dalla droga. Ed i risultati ci sono stati: la qualità della vita di queste persone è migliorata.
La maggioranza partiva da condizioni socio economiche svantaggiate con una spesa mensile media per acquisto di droga di circa 900 euro, con una media di attività criminale di un reato ogni tre giorni. Il miglioramento risultava essere maggiore nel gruppo trattato anche con eroina. Ovviamente tutto questo ha richiesto un costo che è risultato superiore per il gruppo con somministrazione di eroina, costo medio per persona all'anno di 16.222 euro. Ma se si calcolano i risparmi derivanti dal ridotto uso del sistema della giustizia e dalla riduzione dei danni subiti dalle vittime dei reati, rispettivamente circa 4000 euro e 25.000 euro, si ha un risparmio annuo per persona di circa 12.000 euro. Un esempio per nulla rivoluzionario, ma, nella sua semplicità, capace di dimostrare l'efficacia di una politica che migliora la qualità della vita dei consumatori e riduce significativamente i costi per la società. A questo riguardo ben vengano le sollecitazioni della rivista scientifica britannica *Lancet* che, di fronte alla necessità di riconsiderare il problema delle droghe in una prospettiva

pragmatica che sappia tutelare la salute dei cittadini nonostante una cornice di leggi restrittive afferma: «Il *Lancet* non supporta il consumo di sostanze illegali, ma riteniamo che l'alone di segretezza (rimozione?) nei confronti dei consumatori di droghe rappresenti la caratteristica più distruttiva della condanna culturale dell'uso delle sostanze ricreazionali. La discussione basata sul moralismo o sull'aderenza a ideali sociali è di scarsa utilità in una società della quale l'uso di droghe è parte integrante. In assenza di un dibattito aperto non possiamo conoscere la vera dimensione del problema. In assenza di un dibattito aperto non può esserci una quantificazione accurata del rischio dei danni. E in assenza di un dibattito aperto i medici restano carenti rispetto alle conoscenze necessarie per affrontare gli effetti acuti e cronici dell'uso delle droghe».
Ma senza un dibattito aperto, razionale, privo di pregiudizi, attento ai bisogni delle persone, è impensabile che si possa cercare una qualche soluzione che sia in grado di affrontare i problemi concretamente, senza negarli attraverso rifugi ideologici che consegnano le persone alla sola illegalità del mercato. La sperimentazione rigorosa della somministrazione di eroina rappresenta uno dei possibili strumenti da poter utilizzare anche nei nostri servizi.

*Responsabile alcologia, Dipartimento per le dipendenze Padova

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2005

GLI ULTIMI DATI SUI TRATTAMENTI CON EROINA ATTIVI ORMAI DAL 1994

ORA SI GUARDA A BERNA

Il rapporto 2003 offre una rassegna dei nuovi sviluppi internazionali. Dopo l'Olanda, Spagna e Germania hanno in corso sperimentazioni, al via anche in Canada, Regno Unito e Belgio

Matteo Ferrari
BELLINZONA

Dal 1994 in Svizzera è possibile una prescrizione d'eroina quale parte integrante di un approccio terapeutico globale, denominato trattamento a base d'eroina, sperimentato nel 1994-96 e consolidato dal referendum nazionale del 1999, promosso e perso dai suoi avversari. Tale trattamento permette d'avvicinare e aiutare persone gravemente dipendenti, che non hanno potuto essere prese a carico altrimenti. Il Dam (diacetile di morfina, dicitura farmaceutica dell'eroina) è utilizzato in modo regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa a carico psicosociale e di cure mediche.

Si stima vi siano in Svizzera 30-35.000 persone dipendenti da oppiacei, di cui 17.194 in cura metadonica a fine 2003. È previsto per legge un rapporto annuale sull'andamento del trattamento a base d'eroina e da poco è disponibile il rapporto 2003. Il numero di pazienti appare stabilizzato: tra il 2000 e il 2003 è cresciuto di alcune decine, giungendo a fine 2003 a 1.262 pazienti e il tasso medio d'occupazione dei 1.372 posti autorizzati è oltre il 90%. Nel 2003, il trattamento è costato circa 39 euro per giorno e per persona, cioè 14.140 euro all'anno. Sono stati 175 i pazienti che hanno lasciato il trattamento e il 37% è passato a una forma di presa a carico più tradizionale: trattamento metadonico o centro improntato all'astinenza.

A dispetto di chi dieci anni fa vaticinava una perdita di controllo dell'utilizzo dell'eroina, questo trattamento si usa in modo mirato e controllato, per la presa a carico di situazioni cronicizzate e non quale risposta standard a ogni dipendenza da oppiacei. La fattibilità (in particolare, rischi di overdose, violenze o furti) di questo trattamento è da ritenere assodata. Dati su dieci anni indicano che il trattamento richiede tempo: la durata media di presa a carico è di 2,86 anni, anche perché l'età d'ammissione dei pazienti si alza (36,2 anni nel 2003). L'alto tasso di permanenza nel programma è un successo, data l'utenza cui si rivolge e la soglia alta di un trattamento autorizzato e documentato in modo centralizzato. Inoltre, dal 2002 il trattamento a base d'eroina è nelle prestazioni prese a carico dall'assicurazione malattia obbligatoria, in quanto adempie ufficialmente ai requisiti posti: essere un trattamento "efficace, appropriato ed economico".

L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare in base agli obiettivi dichiarati dal 1994: presa a carico di tossicomani non avvicinabili con altre terapie, miglioramento della salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco dalla scena, riduzione della delinquenza), mentre l'abbandono duraturo del consumo di oppiacei è un obiettivo a lungo termine.

I risultati del periodo sperimentale e di successive verifiche puntuali mostrano un buon tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione molto forte dei comportamenti criminosi. Dati gli obiettivi del trattamento, fondamentale è la soddisfazione dei pazienti e dal 2001 v'è una procedura di valutazione che li coinvolge direttamente: a conferma di quanto emerso nei rilevamenti precedenti, pure nel 2003 una netta maggioranza delle persone in trattamento si dichiara contenta o molto contenta dei risultati ottenuti.

Come da obiettivo posto negli scorsi anni, le iniezioni, forma di assunzione più rischiosa, sono diminuite rispetto all'utilizzo di compresse di Dam. L'utilizzo accresciuto delle pastiglie, tuttora in

sperimentazione, lo conferma. Per provare la sicurezza di questo nuovo strumento, tutti i pazienti che assumono Dam oralmente sono stati inseriti in uno studio di coorte.
Il rapporto 2003 riassume pure l'evoluzione a livello internazionale. Diversi paesi stanno conducendo sperimentazioni simili a quella svizzera. L'Olanda ha condotto uno studio con 550 pazienti tra il 1998 e il 2001 e la valutazione conferma l'utilità del trattamento. La Germania ha in corso uno studio, che s'indirizza soprattutto a chi non si riesce a prendere a carico in altro modo. Comprende circa 1.000 pazienti, metà presi a carico con eroina e metà con metadone, i risultati sono attesi a fine 2005 e ovvieranno a una delle pecche della sperimentazione svizzera: i pazienti migliorano perché il trattamento psicosociale è di qualità superiore o anche perché la sostanza adottata è l'eroina e non il metadone? In Gran Bretagna, l'eroina è da tempo prescritta da singoli medici e da 400 a 500 persone dipendenti da oppiacei hanno scelto questa strada terapeutica. Un gruppo di lavoro governativo nel 2003 ha promulgato direttive nazionali sull'utilizzo terapeutico di eroina e metadone ed è previsto uno studio di confronto tra metadone orale, eroina e metadone per endovena. In Spagna, è in corso dal 2003 un primo studio presso 62 pazienti a Granada, di cui metà riceve eroina iniettabile e metà metadone, e ne è previsto un secondo a Barcellona. Nel Lussemburgo, dal 2001 esiste la base legale per l'utilizzo dell'eroina e un rapporto commissionato dal governo valuta un tale trattamento utile e possibile. In Belgio, è stato presentato un protocollo di sperimentazione che non include solo aspetti clinici, ma pure questioni di economia della salute e di criminalistica ed è attesa una decisione sul progetto. In Canada esistono protocolli di ricerca e si prevede uno studio su 200 pazienti che riceverà Dam e altrettanti cui sarà prescritto il metadone.
Insomma, l'approccio svizzero al trattamento a base d'eroina continua a diffondersi. All'inizio pareva "solo" riduzione del danno, mentre ora il trattamento a base d'eroina è uno degli strumenti terapeutici a disposizione, di cui si curano aspetti di qualità, di ricerca e scambio d'esperienze. La Confederazione mette pure a disposizione tramite internet un manuale sugli aspetti pratici della conduzione di un centro di trattamento a base d'eroina.
Il trattamento ha passato il vaglio della ricerca, dell'esame parlamentare, di votazioni popolari a livello nazionale e locale, ma non è ancora consolidato. La legge in vigore dal 1951, infatti, prevede il divieto dell'utilizzo terapeutico dell'eroina. Dopo un'eccezione a scopo sperimentale, si è introdotta una deroga legislativa, valida sino al 2008. Il progetto di legge sugli stupefacenti, caduto in parlamento nel giugno 2004 a causa dell'apertura sulla canapa, comprendeva il consolidamento del trattamento a base d'eroina.
Ad inizio febbraio, la commissione sociale e sanitaria del ramo del parlamento che ha fatto cadere la riforma ha svolto una discussione di fondo sulla politica della droga e, con 13 voti contro 9 e 3 astensioni, ha approvato un'iniziativa commissionale che chiede una revisione parziale che riprenda le modifiche non controverse (trattamento a base d'eroina compreso) e rimandi a una trattazione separata della canapa. La Commissione ha dichiarato di voler far sapere con quest'iniziativa che l'attuale politica in materia di droga è insoddisfacente e attende ora la reazione dell'altro ramo del parlamento.

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2005

Zurigo, approvati col 75% dei voti i trattamenti con eroina

LA VALANGA

Fallito nella città elvetica l'ennesimo tentativo di bloccare per via referendaria un tipo di trattamento ormai uscito dalla fase sperimentale grazie ai suoi ottimi risultati

Matteo Ferrari
BELLINZONA

A fine settembre, la popolazione della città di Zurigo ha ribadito il sostegno ai trattamenti a base d'eroina in corso da più di 10 anni. Il 75% dei votanti ha approvato la prosecuzione illimitata di tre progetti cittadini. In 10 anni, è la quinta volta che la popolazione zurighese è chiamato alle urne da chi si oppone a questo trattamento relativamente recente e in sperimentazione in altri paesi europei. Di quale trattamento si tratta e che valore ha questo sostegno popolare?
La prescrizione d'eroina è parte integrante di un approccio terapeutico denominato trattamento a base d'eroina, che consente d'aiutare persone gravemente dipendenti dall'eroina e che non hanno potuto essere prese a carico altrimenti. Si tratta di prescrivere il Dam – diacetile di morfina, detto "eroina" – in modo strettamente regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa a carico psicosociale e di un trattamento medico.
La proposta di utilizzare direttamente l'eroina, ipotesi presente nella letteratura già alla fine degli anni '60, è nata all'inizio degli anni '90 a Zurigo, tristemente colpita dal fenomeno delle cosiddette "scene aperte" (spaccio e consumo in pubblico). Le autorità cittadine avevano annunciato l'intenzione di ricorrere a una tale misura, proibita dall'ordinamento svizzero e invisa agli organismi dell'Onu. Il governo svizzero riuscì a far attendere la città e nel frattempo a concludere accordi con gli organismi Onu su quanto la Svizzera avrebbe intrapreso a titolo sperimentale, anche al fine di rendere un servizio alla comunità internazionale.
La sperimentazione del trattamento a base d'eroina, in un primo tempo considerato misura di riduzione del danno e poi ascritto al settore della terapia, avvenne nel periodo 1994-96 e la valutazione fu molto positiva. Già durante la sperimentazione, i contrari provarono a più riprese, tramite referendum sui crediti, a fermare l'uno o l'altro progetto, quasi tutti a carattere privato, ma sostenuti dall'ente pubblico. Si votò per la prima volta nel 1994 a Basilea, nel 1995 a Zugo, nel 1996 a Zurigo città, nel 1996 a Winterthur: tutti referendum respinti in modo molto chiaro.
Il sostegno popolare al trattamento derivò pure da una presa di coscienza della necessità di un cambiamento strategico nella politica delle tossicomanie. Era evidente che c'erano fenomeni dai risvolti drammatici (le "scene aperte", la microcriminalità e le morti per overdose), che si svolgevano sotto gli occhi di tutti e cui nessuno sapeva dare una riposta. L'imperativo etico di aiutare persone in difficoltà prese il sopravvento su timori e luoghi comuni rivelatisi spesso lontani dalla realtà.
Nel 1997, vi fu una votazione nazionale sull'iniziativa popolare dal titolo suadente "Gioventù senza droga", che mirava a rendere impossibile il ricorso all'eroina nonché numerose misure di riduzione del danno e più difficile l'utilizzo del metadone. La popolazione svizzera sconfessò questa posizione con una sonora maggioranza del 72%. Meno scontato si avverò il tentativo di consolidare nella legge sugli stupefacenti la base legale, per uscire dal regime sperimentale: il relativo referendum fu vinto nel 1999 a livello nazionale (mentre prima si era votato a livello locale dove progetti erano già in corso), con solo il 54% di sì ma andando in votazione solo su di questo tema, estremamente ostico.
L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare alla luce degli obiettivi terapeutici: integrazione terapeutica di tossicomani difficilmente avvicinabili con altre terapie, miglioramento dello stato di salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco

dalla scena della tossicomania, riduzione della delinquenza). L'abbandono duraturo del consumo di oppiacei figura quale obiettivo a lungo termine. I risultati del periodo sperimentale 1994-96 e di successive verifiche hanno mostrato un buon tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione incisiva dei comportamenti criminosi.
Tale esito ha indotto autorità comunali, cantonali e federali a difendere presso la popolazione la soluzione entrata in vigore nel 2000: consentire a Cantoni che lo desiderano di richiedere l'autorizzazione a un progetto locale. L'incrocio tra il sapere dei tecnici, reso possibile dalla sperimentazione scientifica, la consapevolezza dei politici dell'inefficacia delle strategie unilaterali e la presa di coscienza pubblica di grandi sofferenze, sinora avvenute nell'ombra, ha favorito un dibattito meno demagogico.
Bello sarebbe discutere anche dati sulla presa a carico nei centri terapeutici, ma purtroppo qui l'esigenza politica di avere materiale oggettivo si pone con minor vigore. Quale sarà la prossima innovazione che giungerà da Zurigo? Non i locali per iniezione o la possibilità di testare le pillole di ecstasy, offerte già presenti, bensì la sperimentazione di un trattamento a base di cocaina: il permesso federale è già stato accordato...

Da: Fuoriluogo, ottobre 2004

La strana “pallina” che uccide

Susanna Ronconi

Roulette russa: doveva suonare così il nuovo slogan governativo di lotta alla droga. Per fortuna pare che alla fine non sia passato. In fondo, però, qualcosa di vero c’era: è proprio una roulette russa, a volte, solo che i colpi nel tamburo del revolver non li mette “la droga”, ma le politiche miopi e proibizioniste, in buona alleanza con il mercato nero. Siamo in una nuova estate torinese (ricordate quella del 2002, quando ne morirono di overdose 11 in un mese?) e sono tre i giovani morti nel giro di dieci giorni. Servizi e operatori di strada funzionano, qui, il lavoro di riduzione del danno è intenso (almeno fino a fine anno, quando non si sa se ci sarà più un euro da investire), ma il problema è un altro. Da mesi circola una sostanza che in piazza chiamano “white”, di cui il poco che si sa, lo si sa dai consumatori e dagli operatori di strada che li ascoltano e raccolgono storie e informazioni. Si tratterebbe di un’eroina sintetica, che arriva probabilmente dalle coste dall’Albania, venduta spesso insieme a qualcosa di simile alla cocaina (le due “palline” insieme costano pochissimo, 8 euro!), che i consumatori descrivono come più “forte” dell’eroina di strada che circolava fino a poco tempo fa (e che adesso è difficile trovare): una dose copre senza problemi almeno 12 ore, per qualcuno anche di più. I tre ragazzi sono morti per quella, e per i mix con psicofarmaci: è probabile che la “white” ne contenga, e se in più si va giù di barbiturici, il risultato può ben essere micidiale. I consumatori segnalano molti più interventi con il narcan per salvare la vita di qualche amico. Perché non è “la solita eroina”, e chi è abituato a conoscere le proprie reazioni a quella, non si sa regolare con questa. Non è la “solita eroina”: in qualche caso i consumatori sono risultati negativi al test per i metabolici oppiacei, e con certezza ne avevano fatto uso. L’allarme è scattato e in strada se ne parla, gli operatori ne parlano, ma in realtà nessuno sa cosa davvero sia, la “white”, e siccome gli operatori fanno informazione e prevenzione pragmatica, non “contro la droga”, come Fini, ma contro i rischi correlati a *quella* droga, a *quella* modalità di consumo, a *quello* stile e a *quell’*individuo, allora non sapere cos’è, quella “pallina”, rende tutto meno efficace e più rischioso. Quale consumo consapevole e prudente si può suggerire se non si sa di cosa si parla?

Una politica che non carica il revolver dovrebbe fare almeno due, piccolissime e modeste cose: primo, analizzare in tempo reale le sostanze di strada e far accedere gli operatori alle informazioni raccolte in tempi rapidi (se non proprio far fare agli operatori stessi il *pill testing*... non esageriamo!), secondo, prevenire un’altra “maledetta estate” torinese attrezzando stanze della salute per un consumo sicuro e per evitare la morte. La prima cosa (semplicissima, non costa nemmeno, dato che la polizia i laboratori già ce l’ha) appare avveniristica, nonostante tra gli operatori anche dei Sert se ne parli non da ieri; la seconda, ha già avuto la sua occasione, a Torino, con la commissione di studio del 2003, che però non ha osato sperimentare. Quanto a una terza ipotesi – eroina controllata – ci tocca rimandare ad un’altra legislatura: alla quale, però, non dovremo dare tregua. Ne abbiamo già perse anche troppe, di buone occasioni, in passato.

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2004

Svizzera, il rapporto 2002 per i trattamenti con eroina

DIECI ANNI DI DATI

La sperimentazione iniziò nel 1994 e da allora l'approccio terapeutico continua a evolvere. È stata introdotta da poco una procedura che coinvolge gli utenti nel valutare le prestazioni

Matteo Ferrari
BELLINZONA

La prescrizione d'eroina è parte integrante di un approccio terapeutico globale, denominato trattamento a base d'eroina, che consente d'aiutare persone gravemente dipendenti dall'eroina, che non hanno potuto essere prese a carico altrimenti. Si tratta di prescrivere il Dam – diacetile di morfina, dicitura ufficiale dell'eroina farmaceutica utilizzata in Svizzera dal 1994 – in modo strettamente regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa a carico psicosociale e di un trattamento medico. I posti autorizzati per il trattamento a base d'eroina ammontavano nel 2002 a 1.237 unità, con un aumento di 127 rispetto al 2001. Durante l'anno, il numero di pazienti in trattamento è cresciuto sino a raggiungere i 1.230 a fine dicembre 2002, con un aumento di 132 pazienti, rispetto a un aumento di 60 nel 2001. Il tasso medio d'occupazione si mantiene alto: 87% nel 2000, 89% nel 2001 e 90% nel 2002.
L'anno scorso il trattamento è costato mediamente circa 37 euro per giorno e per persona, cioè circa 13.500 euro all'anno. Nel 2002 sono stati 181 i pazienti che hanno lasciato il trattamento e il 52% di essi è passato a una forma di presa a carico più tradizionale: trattamento metadonico o soggiorno in un centro improntato all'astinenza.
I dati 2002 ribadiscono che lo specifico trattamento richiede tempo: la durata media di presa a carico è risultata essere di 2,76 anni. Come da obiettivo, le iniezioni, forma di assunzione più rischiosa, sono diminuite rispetto all'utilizzo delle compresse.
L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare alla luce degli obiettivi terapeutici di questo tipo d'intervento: integrazione terapeutica di tossicomani al momento difficilmente avvicinabili con altre terapie, miglioramento del loro stato di salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco dalla scena della tossicomania, riduzione della delinquenza). L'abbandono duraturo del consumo di oppiacei figura per contro quale obiettivo a lungo termine. I risultati del periodo sperimentale 1994-96 e delle successive verifiche puntuali mostrano un buon tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione molto forte dei comportamenti criminosi.
Dati gli obiettivi del trattamento, fondamentale è la soddisfazione dei pazienti stessi. Recentemente, è stata introdotta una procedura di valutazione che li coinvolge direttamente tramite questionari sul centro frequentato, sulla loro soddisfazione e sul successo del trattamento. Anche nel 2002 una netta maggioranza delle persone in trattamento si dichiara contenta o molto contenta dei risultati ottenuti, confermando quanto emerso nel rilevamento 2001.
Siccome nel 2002 il trattamento a base d'eroina è entrato nel novero delle prestazioni prese a carico dall'assicurazione malattia obbligatoria, la Confederazione non finanzia più le prestazioni al paziente, ma solo gli aspetti scientifici e quelli legati alla qualità, alla valutazione e alla formazione continua. I confronti avviati fra i 20 e più centri autorizzati ha permesso d'insediare una rete di contatti e una cultura improntati al costante sviluppo della qualità. Questo tipo d'approccio si sta rivelando promettente e si intende pertanto estenderlo ai centri e servizi che dispensano metadone e la cui qualità d'intervento è decisamente minore.
Un esempio di come si possa migliorare la qualità di interventi innovativi, non ancora pienamente standardizzati è quello dei colloqui formativi "tra pari", durante i quali gli operatori dibattono le

proprie conoscenze, basate sull'esperienza. A Berna se ne è tenuto uno l'estate scorsa: 60 partecipanti da 20 centri hanno discusso sulla base dei dati da loro raccolti assieme alla Confederazione, garante della qualità dell'intervento. I gruppi di lavoro hanno trattato quattro temi: tipologia dei pazienti, sanzioni, interventi psicosociali, comorbidità psichiatrica. In particolare, le discussioni sulle sanzioni hanno evidenziato le frequenti difficoltà per pazienti sofferenti psichicamente nel rispettare le regole. Nell'insieme, i centri hanno tuttavia fatto buone esperienze nel formulare regole ben chiare, nel comunicarle senza ambiguità e nell'applicare il sistema di sanzioni previsto in ogni istituzione.
Nella discussione sulle modalità e sul ruolo del trattamento a base d'eroina, una notevole importanza la sta acquisendo l'opportunità di rafforzare la relazione tra questo tipo di trattamento e la psichiatria sociale. È importante poter seguire al meglio i singoli pazienti, ma pure promuovere le necessarie competenze in psichiatria presso il personale sociosanitario a contatto con l'utenza. In particolare, i medici dei centri possono ora seguire una specifica formazione sui disturbi "borderline".
Insomma, l'approccio promosso in Svizzera con il trattamento a base d'eroina continua tuttora a evolvere, anche se la primavera prossima si terrà un convegno per sottolineare i 10 anni dall'inizio della sperimentazione di un metodo che ora si va diffondendo altrove.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2003

ANDALUSIA
TRATTAMENTI CON EROINA

Sta dando ottimi risultati la prima sperimentazione condotta in Spagna per i trattamento a base di eroina. Il responsabile del progetto, Joan Carles March, ha dichiarato al quotidiano *El Pais* che «la realtà ha superato le previsioni».
La sperimentazione, a cui hanno partecipato medici, psicologi, psichiatri, farmacisti e operatori sociali, si è svolta in un ospedale di Granada in Andalusia ed è cominciata tre mesi fa. I venti tossicodipendenti coinvolti nell'esperimento hanno ricevuto eroina sotto controllo medico due o tre volte al giorno, mentre a un gruppo di controllo composto da altri venti pazienti è stato somministrato il metadone. Ebbene, i tossicodipendenti trattati con eroina sono migliorati più di quelli trattati con metadone. Essi riferiscono di avere un migliore rapporto con i familiari, di commettere meno reati e di consumare meno cocaina. Inoltre hanno acquistato peso.
Il progetto non ha come obiettivo quello di eliminare la tossicodipendenza, ma quello più pragmatico di migliorare la qualità della vita dei pazienti sottoposti alla sperimentazione aiutandoli a uscire dalla condizione di esclusione sociale in cui spesso si trovano, e che li spinge in molti casi a commettere furti e scippi per procurarsi i soldi necessari a pagare la "dose".
Adesso, come sottolinea *El Pais*, la questione più importante è convincere il ministero della sanità a estendere la sperimentazione. Le autorità infatti hanno sempre mantenuto un atteggiamento piuttosto tiepido nei confronti di questa sperimentazione e, come ha ricordato lo stesso March, hanno impiegato quattro anni per autorizzarla.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2003

CANADA, LA RIFORMA PROCEDE

Marina Impallomeni

Dopo il Senato, anche la Camera dei deputati del Canada ha assunto una posizione di apertura nel campo della *drug policy*. In un rapporto diffuso a dicembre, la commissione parlamentare sugli usi non-medici delle droghe propone al governo una serie di iniziative tra cui la decriminalizzazione del consumo personale di marijuana con l'autorizzazione alla coltivazione personale, l'apertura di "injecting rooms" e la sperimentazione sui trattamenti con eroina.
«Le conseguenze di una condanna per possesso di una piccola quantità di cannabis ad uso personale – riconosce il rapporto – sono sproporzionate rispetto al potenziale danno associato a tale condotta». La proposta costituisce un importante passo avanti, poiché attualmente il consumo è punito con un massimo di sei mesi di carcere. Tuttavia essa non va confusa con quella – più avanzata – della legalizzazione, formulata invece dal Senato canadese a settembre. La *decriminalizzazione* è infatti la rinuncia da parte dello Stato a perseguire penalmente i consumatori, ai quali si applicherebbe solo una sanzione amministrativa consistente in un meccanismo di multe crescenti. Il consumo però resterebbe comunque vietato. Diversa è l'ipotesi della *legalizzazione*, in cui il consumo viene regolamentato come già avviene, ad esempio, per taluni farmaci o per gli alcolici. A settembre i senatori canadesi avevano criticato nettamente l'ipotesi della decriminalizzazione «poiché priverebbe lo Stato di un essenziale strumento di regolazione della produzione, distribuzione e rete del consumo, lanciando al contempo un messaggio ipocrita».
I deputati canadesi individuano il tetto massimo di cannabis tollerato in 30 gr. Un limite giudicato troppo ristretto da alcuni attivisti, in quanto si applicherebbe non solo al possesso ma anche alla coltivazione personale. «Il limite di 30 gr. per la coltivazione appare impraticabile, specialmente se la polizia pesa l'intera pianta. È piuttosto difficile trovare una pianta matura che pesi meno di 30 gr.» ha spiegato Eugene Oscapella della *Canadian Foundation for Drug Policy*. La commissione raccomanda anche programmi di prevenzione che dovrebbero sottolineare i rischi derivanti dall'uso di cannabis, specialmente per i giovani.
In questo momento la decriminalizzazione della marijuana sembra essere dietro l'angolo, perché il ministro della giustizia Martin Cauchon si è impegnato a vararla entro i primi quattro mesi del 2003. Tuttavia alcuni non sono altrettanto fiduciosi e fanno notare che la riforma non è attuabile in così breve tempo. «Una netta maggioranza dei canadesi vuole la decriminalizzazione, perciò sventolare tale proposta garantisce il favore dell'elettorato» ha dichiarato all'organizzazione americana DrcNet l'avvocato Alan Young, che ha rappresentato i consumatori in alcuni casi importanti davanti alla Corte Suprema. «Ma poiché tra 18 mesi si insedierà un nuovo governo, praticamente qualunque sforzo legislativo da qui ad allora è destinato a fallire per mancanza di tempo prima delle elezioni».
In tema di riduzione del danno, un'attenzione particolare è dedicata ai trattamenti con eroina, per i quali si raccomanda l'avvio di sperimentazioni cliniche a Vancouver, Toronto e Montreal. Il rapporto consiglia anche la creazione di *injecting rooms*, ossia luoghi in cui i tossicodipendenti possano iniettarsi l'eroina in condizioni di sicurezza sanitaria. La commissione riconosce che essi riducono le morti per overdose e l'incidenza di epatite C e di Hiv/Aids. Recentemente il ministero della sanità ha messo a punto le linee guida per i programmi pilota, e a Vancouver un progetto dovrebbe partire entro la fine di febbraio o l'inizio di marzo.

Da: Fuoriluogo, gennaio 2003

Il Rapporto sui trattamenti a base di eroina in Svizzera per il 2001

VITE PIÙ ACCETTABILI

I clienti ritengono che la terapia con eroina li aiuti a stabilizzarsi ma trovano le regole troppo severe. Secondo i criminologi è la misura più efficace per ridurre la criminalità

Matteo Ferrari
BELLINZONA

A fine 2001, le persone che beneficiavano di un trattamento a base d'eroina erano 1.098 su 1.237 posti disponibili in 21 centri, fra cui due carceri, con un tasso d'occupazione dell'89%. Vi sono stati 60 clienti in più, rispetto a un aumento di 101 nel 2000, e l'età media continua ad alzarsi: da 30-31 anni nel 1994-95 a 33,3 nel 2001.
Il trattamento a base d'eroina non consiste solo nella somministrazione del diacetile di morfina (Dam, sostanza pure detta "eroina") bensì comprende una presa a carico psicosociale. La qualità del trattamento, superiore alle attuali prescrizioni di metadone, è favorita dall'impostazione centralizzata (i progetti cantonali devono ottenere l'approvazione federale), dalla formazione degli operatori e da una continua ricerca-azione. Il costo, per metà assunto dall'ente pubblico, non è indifferente: circa 40 Euro al giorno, a prezzi svizzeri. Solo il 10% del costo è determinato dalla sostanza: ulteriore dimostrazione che sono le dinamiche generate dal proibizionismo a dettare "il prezzo di mercato" e la criminalità che ne consegue.
Nel 2001, su 199 persone che hanno lasciato il trattamento, 90 sono passate al metadone, più pratico, e 48 hanno iniziato una terapia improntata all'astinenza. Si denota una stabilizzazione delle partenze positive: 59% nel 2001, 68% nel 2000. Bisogna preparare la partenza dal trattamento e, nel dubbio, si consiglia di proseguirlo invece di accettare una partenza repentina, indicatore di una rapida ricaduta.
Siccome il primo obiettivo di questa presa a carico è l'instaurare un legame terapeutico stabile con una popolazione resa fragile da percorsi difficili, è proseguita l'analisi della permanenza nel trattamento. Esso si conferma essere un'opzione a medio termine: 3,3 anni in media e il 70% rimane almeno un anno (gli scettici sulla buonafede svizzera trovano lo studio sulla rivista medica internazionale Lancet). Il progressivo aumento del tasso di ritenzione può significare che il trattamento non solo si basa su di una maggiore esperienza e formazione, ma che è pure percepito in maniera più realista da parte dalla popolazione tossicodipendente.
Il secondo obiettivo riguarda la salute fisica e psichica, il terzo l'integrazione sociale. Ebbene, i clienti ritengono che il trattamento li aiuti molto a stabilizzarsi nella vita quotidiana e a raggiungere significativi miglioramenti, certificati da più indicatori, in molti ambiti. I contesti ancora migliorabili riguardano "le reazioni altrui", visti i pochi progressi a livello d'alloggio e attività professionale. In particolare, il minor stress per procurarsi la sostanza e la diminuzione della correlata criminalità, la nuova cerchia di contatti quotidiani, l'allontanamento dalla scena e la diminuzione del consumo di cocaina sono fattori che favoriscono rapidi cambiamenti a livello psichico: ci si scopre "più calmi" e "meno angosciati". Le critiche riguardano semmai le regole e le modalità dei trattamenti, a volte ritenute troppo severe.
Le iniezioni, forma di assunzione più rischiosa, sono meno numerose in virtù dell'accresciuto utilizzo delle pastiglie di Dam. Nel 2001, sono stati utilizzati circa 185 kg di Dam: 73% come soluzione da iniettare, 16% sotto forma di compresse a liberazione istantanea del principio attivo e 11% a liberazione lenta (*rétard*). Nel 2001, le soluzioni iniettabili sono state registrate come farmaco a carico dell'assicurazione malattia ed è stata avanzata la richiesta di registrare pure le compresse.

La formazione degli operatori si è concentrata su: pazienti a lungo termine, gestione dei rari momenti di aggressività, motivazione al trattamento e sua durata. Sotto forma di mutuo apprendimento ("peer-teaching") ci si è occupati del consumo parallelo. Un recente studio, infatti, mostra che i danni causati da un consumo a lungo termine di "eroina da strada" sono solo parzialmente reversibili nel quadro di un trattamento sostitutivo. Per limitare i danni alla persona, il trattamento con farmaci come il Dam deve quindi essere iniziato il più presto possibile.
Inoltre, studi supplementari sui comportamenti criminosi confermano i risultati precedenti: anche sul lungo periodo, dopo il termine del trattamento, la modifica dei comportamenti rimane profondamente ancorata nella persona. Insomma, i criminologi svizzeri ribadiscono che «il trattamento a base d'eroina costituisce senza dubbio una delle misure più efficaci mai tentate per prevenire la criminalità».
Al Social Forum di Firenze ho assistito alle discussioni sul pericolo incombente di passare dallo Stato sociale ad uno Stato penale, con un controproducente sovraffollamento delle carceri. Non ho osato intervenire per dire che il sistema carcerario svizzero è preoccupato, in quanto… cala il tasso d'occupazione medio! Infatti, nel 2001 l'occupazione dei 168 penitenziari e carceri è scesa al 75%. Sono 11.000 le persone sotto controllo giudiziario, di cui meno di 4.000 detenute, pari allo 0,08% della popolazione adulta. Il numero di persone incarcerate è notevolmente diminuito poiché le pene di breve durata sono sempre più scontate all'esterno, tramite lavori di pubblica utilità o braccialetti elettronici. Il sistema carcerario è una variabile sociale e anche le differenti politiche delle tossicomanie stanno a dimostrarlo.

Da: *Fuoriluogo*, novembre 2002

Gran Bretagna, presentato il rapporto sulle droghe della Commissione parlamentare

LA SVOLTA PRENDE FORMA

I deputati dicono sì all'estensione dell'eroina medica e alla depenalizzazione della cannabis, pur senza modificare sostanzialmente l'impianto della legge

Marina Impallomeni

La Gran Bretagna deve riformare la sua politica sulle droghe nel senso di una maggiore tolleranza. È questa la conclusione contenuta nel rapporto presentato il maggio scorso dallo *Home Affairs Select Committee*, la commissione parlamentare che alla questione delle droghe ha dedicato un lungo lavoro d'indagine. Allo stesso tempo, il rapporto dice no alla legalizzazione delle droghe vietate, compresa la cannabis. I risultati cui è giunta la commissione non giungono inaspettati. Ad inaugurare il dibattito, nella primavera del 2000, era stata la *Police Foundation*, una fondazione indipendente che si era pronunciata a favore della depenalizzazione della cannabis. Il fallimento della "guerra alla droga" voluta da Washington è ormai sotto gli occhi di tutti, e il danno arrecato alla popolazione da una legislazione fortemente punitiva nei confronti dei consumatori è oggetto di critica da parte di un'opinione pubblica che si sta dimostrando spesso più avanzata rispetto ai suoi governanti. D'altra parte, gli interventi prospettati dalla commissione sono in gran parte di tipo amministrativo e sono congegnati in modo da lasciare sostanzialmente inalterata la legge attualmente in vigore, il *Misuse of Drugs Act*, che risale al 1971 ed ha un carattere fortemente punitivo nei confronti dei consumatori, pur mitigato nell'applicazione dalla non obbligatorietà dell'azione penale. Tra le principali riforme suggerite dai deputati britannici vi sono un ricorso più esteso ai trattamenti con eroina per i tossicodipendenti, la creazione di "*injecting rooms*" per il consumo di eroina, la riclassificazione della cannabis dalla classe B alla C, la riclassificazione dell'ecstasy dalla classe Aalla B.

I trattamenti con eroina

I trattamenti con eroina non sono una novità, e i medici britannici conservano a tutt'oggi la facoltà di prescrivere eroina, risalente ai lontani anni '20, anche se la pratica è declinata sin da vent'anni fa. Tuttavia, secondo la commissione le attuali prescrizioni sono monitorate in modo insoddisfacente. Inoltre, sempre secondo la commissione, i medici autorizzati alla prescrizione dispongono di un addestramento inadeguato, per cui anche l'assistenza fornita ai tossicodipendenti è di livello variabile. Perciò il rapporto prospetta un intervento più sviluppato e meglio organizzato, riconoscendo il valore delle esperienze già maturate in Svizzera e Olanda, dove le sperimentazioni con eroina medica sono state condotte con successo e hanno dato ottimi risultati. In conclusione, il rapporto chiede una «adeguata valutazione» del trattamento con eroina, «al fine di accertare la sua efficacia in base a una gamma di indicatori sociali e sanitari, e il rapporto costi-benefici rispetto ai trattamenti metadonici »; auspica un migliore addestramento dei medici autorizzati alla prescrizione specificando che non basterebbe aumentarne semplicemente il numero, come proposto dal governo; raccomanda infine l'avviamento di sperimentazioni sull'esempio della Svizzera e dell'Olanda.

Le injecting rooms

La commissione dice no alla legalizzazione del consumo di eroina perché è d'accordo «con quelli che dicono che la legalizzazione manderebbe un messaggio sbagliato alla stragrande maggioranza dei giovani che non assumono droghe» e attribuisce al regime di illegalità un carattere deterrente rispetto al consumo. Nonostante questo, il rapporto accetta una logica di riduzione del danno proponendo la creazione di *injecting rooms* «del tipo esistente in altri paesi europei», ossia di centri

dove i consumatori possono iniettarsi l'eroina in condizioni di sicurezza igienica e sotto supervisione medica. Su questa proposta però la commissione ha già incassato il *niet* del governo: «il ministero degli interni – recita il rapporto – ci ha detto che 'l'attuale posizione del governo è che in questo paese non devono essere introdotte *injecting rooms* per droghe illegali fintantoché non disporremo di valutazioni su quelle introdotte in altri paesi europei'». Perciò la commissione propone l'avviamento di un programma pilota, da estendersi successivamente al resto del paese.

La riclassificazione della cannabis

Il rapporto propone di riclassificare la cannabis portandola dalla classe B alla C. Il *Misuse of Drugs Act* suddivide le diverse sostanze in tre classi (A, B, C) in base alla pericolosità loro attribuita. Il consumo è vietato e le sanzioni previste arrivano fino al carcere, nel caso in particolare della classe A(eroina, cocaina). In questo quadro normativo, la riclassificazione di una sostanza diventa evidentemente cruciale: nel caso della marijuana equivarrebbe di fatto alla depenalizzazione ed eliminerebbe il rischio del carcere per i consumatori. Secondo il rapporto la cessione non finalizzata allo spaccio, tipica del consumo ricreativo, dovrebbe però continuare a essere considerata un reato (su questo punto la Police Foundation si era invece dichiarata di parere opposto). Il rapporto propone anche l'istituzione di una nuova fattispecie di reato ("supply for gain") allo scopo di distinguere la cessione dal traffico organizzato. Infine, semaforo verde per gli usi medici della cannabis, se le sperimentazioni in corso daranno risultati positivi. Intorno alla riclassificazione della marijuana si è creato nel paese un vasto consenso e anche il ministro degli interni David Blunkett, nell'ottobre 2001, ha espresso parere favorevole. Nel distretto londinese di Lambeth (che comprende il quartiere di Brixton) la polizia ha avviato inoltre un progetto pilota rinunciando a perseguire penalmente il consumo di cannabis con risultati soddisfacenti. La polizia di Lambeth, con spirito pragmatico, ha ritenuto la repressione penale del consumo di cannabis (ma non quello di eroina o cocaina) uno spreco di risorse. Anche per l'ecstasy si propone la riclassificazione Si propone il passaggio dalla Classe Aalla B. Anche in questo caso la commissione accetta una logica di riduzione del danno riconoscendo che «molti problemi legati all'ecstasy dipendono dalle circostanze in cui viene assunto». Tra questi, in modo particolare, la disidratazione per i giovani che consumano nelle discoteche e nei rave. Tuttavia «la polizia, i proprietari dei locali e le autorità che rilasciano le licenze devono continuare a mirare a locali drug-free e devono collaborare per raggiungere questo risultati.»

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2002

Parla Vincent Hendriks: i trattamenti con eroina si dimostrano efficaci

LA FORZA DEI DATI

Marina Impallomeni
FIRENZE

Incontro Vincent Hendriks a Firenze, in occasione del seminario internazionale organizzato da Forum droghe e dedicato ai trattamenti sostitutivi. Hendriks è in Italia per illustrare i risultati della sperimentazione clinica condotta in Olanda sui trattamenti con eroina, alla quale ha partecipato in qualità di psicologo e ricercatore del Ccbh (*Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts*), l'agenzia appositamente istituita dal governo olandese. È il 10 maggio, e la nostra conversazione si situa in un delicato momento di passaggio per l'Olanda: il premier laburista Wim Kok è dimissionario già da alcune settimane, la morte di Pim Fortuyn ha scosso profondamente l'opinione pubblica, le elezioni politiche – che di lì a pochi giorni vedranno l'affermazione del centro-destra – non si sono ancora tenute. Dopo il voto politico dell'Olanda, il futuro di tanti tossicodipendenti olandesi è più incerto rispetto a prima, ma la sperimentazione ha dimostrato che i trattamenti con eroina funzionano. Proprio di questi risultati ci parla Vincent Hendriks.

Dottor Hendriks, in che cosa consistono i benefici che avete riscontrato?

Il trattamento combinato di eroina e metadone si è rivelato più efficace sotto molti aspetti di quello con il solo metadone. I pazienti coinvolti hanno riportato un miglioramento delle loro condizioni di salute, del loro stato mentale, del loro funzionamento sociale. Inoltre si è registrata una riduzione della criminalità rispetto ai pazienti trattati con il solo metadone. A mio parere si tratta di un risultato molto importante. Inoltre la nostra ricerca si è basata su un design scientifico molto rigoroso, con sperimentazioni cliniche randomizzate, e questo ci fa avere molta fiducia nei risultati che abbiamo ottenuto.

Quali sono stati i risultati in termini di riduzione della criminalità?

Prima che cominciasse la sperimentazione, i soggetti erano coinvolti in attività illegali (come reati contro il patrimonio, per esempio il furto di automobili o di biciclette) in media 12-13 giorni al mese. Ebbene, dopo i 12 mesi di trattamento con eroina questa media è scesa a 2-3 giorni al mese.

A suo parere, qual è il motivo per cui la somministrazione di eroina dà buoni risultati?

Ritengo che ciò sia dovuto a più fattori: lo stesso effetto farmacologico dell'eroina in combinazione con il metadone; il fatto che i pazienti dovessero recarsi in uno dei nostri centri due o tre volte al giorno: questo li ha obbligati a strutturare maggiormente la loro vita quotidiana. Inoltre molti pazienti hanno riferito di sentirsi più rilassati, perché sapevano di poter accedere all'eroina e non avevano il problema di procurarsi la dose. Infine, il fatto che nei centri i pazienti potessero ricevere assistenza sanitaria.

Nel vostro studio il trattamento con eroina si è rivolto a tossicodipendenti "resistenti al trattamento". Secondo lei può essere esteso ad altre tipologie di tossicodipendenti?

Credo di sì, anche se il nostro studio era limitato al gruppo di pazienti cui lei ha fatto riferimento. In Germania hanno appena cominciato una sperimentazione con eroina rivolta sia a un gruppo "resistente al trattamento" sia a un gruppo privo di trattamento, e sono molto curioso di conoscere i loro risultati. Perciò sì, c'è una possibilità, ma molto dipende da cosa scopriranno in Germania.

Che cosa ne è stato dei pazienti dopo la fine della sperimentazione? E qual è la situazione attuale?

Come lei sa, la somministrazione controllata di eroina e metadone è durata 12 mesi. Nei due mesi successivi alla fine del trattamento il paziente doveva fare a meno dell'eroina. Passati i due mesi, abbiamo verificato di nuovo il "funzionamento" buono o cattivo della persona. Se il paziente "funzionava" male, aveva l'opportunità di ricominciare il trattamento con eroina. Così attualmente nelle sei città che hanno partecipato alla ricerca ci sono ancora pazienti cui viene somministrata l'eroina, ma si tratta comunque solo di quelli che avevano partecipato alla ricerca.
Il governo attuale [quello di Wim Kok ormai decaduto, *ndr*] ha deciso di implementare i trattamenti con eroina in Olanda, ma ora è dimissionario. Sull'argomento si attende il dibattito parlamentare. Solo se il nuovo governo, e il Parlamento, decideranno di far ripartire il progetto, solo allora nuovi pazienti potranno accedervi.

Sulla base della sua esperienza, c'è qualcosa nel vostro disegno di ricerca che non ha funzionato, o che andrebbe modificato?

Penso che il nostro studio presenti due tipi di limitazioni, che però erano inevitabili. Il limite principale di uno studio come questo è che il nostro disegno di ricerca non era quello medico in senso stretto che viene usato quando si tratta di introdurre un nuovo farmaco, in cui sia il medico che il paziente non sanno se a quest'ultimo viene somministrato il farmaco in questione o un placebo. Le sperimentazioni di quel tipo sono molto forti, ma naturalmente con l'eroina sono impossibili perché i pazienti capiscono subito se la sostanza somministrata è un placebo.
Un altro limite è che alla fine della sperimentazione i partecipanti sapevano che solo quelli di loro che avevano ottenuto un beneficio avrebbero potuto ricominciare il trattamento due mesi dopo. Quindi non possiamo escludere del tutto che qualcuno abbia cercato di falsificare il proprio risultato in senso positivo, allo scopo di essere riammesso in trattamento. Perciò abbiamo approfondito anche questo aspetto e non ci siamo basati solo su quello che i pazienti ci riferivano, ma abbiamo prelevato campioni di urine per verificare l'eventuale consumo di eroina, cocaina ecc. E comunque siamo sempre stati consapevoli di queste due limitazioni, anche nell'interpretazione dei risultati.

Qual è stata la reazione del pubblico olandese e della popolazione residente nei quartieri interessati?

Nell'insieme la reazione dell'opinione pubblica è stata abbastanza moderata e lo stesso vale per i giornali e la televisione. In alcuni casi, nei quartieri dove si trovano i centri di trattamento si sono verificate forti proteste, ma gradualmente queste si sono ridotte.

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2002

SPECIALE OLANDA

L'approccio medico come fase di transizione:
la sperimentazione clinica e il contesto di illegalità

TRA CURA E PROIBIZIONE

Freek Polak

Il termine "medicalizzazione" significa che le considerazioni d'ordine medico sono decisive nell'interpretazione di un problema e nella scelta delle misure per risolverlo. Nel campo dell'uso di droghe, la medicalizzazione può assumere molti significati e produrre conseguenze. Così la medicalizzazione del consumo problematico può migliorare le condizioni di vita e lo stato di salute di molti consumatori. Ma, in un regime continuativo di proibizione, la medicalizzazione non può rimediare ai seri danni alla salute dei consumatori causati da questo sistema repressivo: anzi, essa apporterà in aggiunta diverse conseguenze negative, sia sociali che politiche. Una medicalizzazione incontrollata può persino favorire la continuazione del sistema proibizionista, ingiusto e dannoso.

Ovviamente ci sono aspetti positivi nella medicalizzazione e nel coinvolgimento dei medici. In alcuni periodi ed in certi paesi, i medici hanno potuto contenere ad un livello ragionevole l'uso di droghe e di sostanze psicoattive. Ma nel mondo moderno una gran parte del consumo di droghe può esser definito "ricreativo" o "responsabile" o "moderato" o "controllato", oppure "non problematico". Tutti questi termini indicano che non c'è alcuna necessità di intervento medico e dunque di responsabilizzare gli stessi medici. Per di più, il grande numero di consumatori che attualmente si approvvigionano di droghe sul mercato illegale non potrebbero rifornirsi in maniera adeguata ricorrendo ai medici e alle istituzioni sanitarie.

Intanto, logicamente, una politica di medicalizzazione in regime proibizionista avrà come finalità l'astinenza, e questo comporta diverse conseguenze negative sul piano sociale e politico. Cominciamo per prima cosa ad esaminare brevemente alcuni inconvenienti che derivano dalla posizione di esperti e di opinion leader che i medici detengono: essi infatti hanno un ruolo di rilievo nel dibattito pubblico sui problemi sanitari. Ma, per ciò che riguarda il problema delle droghe illegali, le informazioni e le conoscenze mediche sono molto ristrette: molti di loro sanno poco del consumo non problematico, poiché si formano un'opinione dalla loro pratica quotidiana. Spesso non sono a conoscenza del fenomeno epidemiologico denominato "illusione clinica" (descritto da Patricia e Jacob Cohen): nel caso del consumo di droghe, la "illusione clinica" è la credenza erronea, fondata su impressioni cliniche, che la dipendenza sia una malattia prevalentemente cronica e a rischio mortale.

Questo fenomeno epidemiologico entra in gioco specialmente nell'opinione che i medici si fanno di malattie con una grande variabilità di durata e di gravità, che non mettono in pericolo nell'immediato la sopravvivenza del paziente e per le quali i trattamenti non hanno molto successo. La "illusione clinica", che influenza la gran parte dei medici e delle organizzazioni sanitarie, ha riflessi negativi sia sul sistema di cura della dipendenza che sul processo di decisione nella politica sulle droghe. Così è nel caso dei trattamenti coatti.

"Se la tossicodipendenza è una malattia, perché ci sono tanti tossicodipendenti in carcere?": a questa domanda retorica sembrerebbe logico rispondere riaffermando la necessità di aumentare i trattamenti e soprattutto di migliorarne la qualità. C'è la tendenza a giudicare positivamente e ottimisticamente la scelta della "cura in alternativa al carcere". Il trattamento, dal mio punto di vista, dovrebbe avere come obiettivo l'incremento dell'autostima e del controllo personale sul consumo di droga: invece la gran parte dei trattamenti mirano all'astinenza. Ma cosa succederà quando apparirà chiaro che il continuo incremento dei trattamenti, anche ai più alti standard di qualità, produce risultati di scarso rilievo, proprio come avviene oggi? Se il criterio di successo dei trattamenti per le tossicodipendenze è l'astinenza, solo un numero limitato di persone raggiungono l'obiettivo. Le statistiche sull'argomento sono notoriamente preconcette, perciò è impossibile

stabilire se il 10 o il 20 o il 30% delle persone passate all'astinenza siano ancora tali a distanza di 3 o 5 anni dalla fine del trattamento. I dati statistici sull'efficacia dei trattamenti per le dipendenze dipendono dai criteri di selezione per l'accesso. Se i criteri di selezione sono alti, entrano in trattamento più persone ben motivate, dunque i risultati saranno "migliori". Se si applicano criteri meno rigidi, i risultati statistici saranno inferiori: questo è il problema della statistica per la cura della tossicodipendenza. Perfino i migliori risultati parlano di un 20, 30% di soggetti astinenti dopo tre anni, dati che non differiscono sostanzialmente dal decorso naturale della dipendenza. In presenza di una politica di medicalizzazione finalizzata all'astinenza, i tossicodipendenti sono considerati responsabili per il fallimento del trattamento e perciò per il loro "fallimento nella cura". Ciò si tradurrà, in molti paesi, in termini più lunghi di carcerazione o perfino in trattamenti più compulsivi.
Le politiche di medicalizzazione finalizzate all'astinenza sono di supporto alla paura delle droghe (che è già enorme), legata all'idea della "perdita di controllo". In generale, si tratta di un timore esagerato, poiché nella realtà la gran parte delle persone è in grado di imparare a controllare il proprio consumo, perfino dopo periodi di seria diminuzione del controllo. Ma, negli ambienti dell'amministrazione sanitaria o anche nei circoli scientifici, domina l'idea e la paura della "perdita di controllo". Questa paura porta ad una concezione sbagliata della tossicodipendenza e alla mancata distinzione fra consumo controllato e problematico. C'è un'altra conseguenza negativa della medicalizzazione: lo sviluppo di una casta di esperti della tossicodipendenza che conquista uno status e un potere. Questi medici traggono vantaggio dalla proibizione e spesso vivono sul trattamento delle tossicodipendenze: sono vulnerabili alla "illusione clinica" e appoggiano la concezione della tossicodipendenza come malattia. È difficile che accettino di indebolire la loro posizione, dopo che ne hanno goduto i benefici anche solo per un po' di anni. Problema anche più serio è la collusione fra gli interessi dei medici specializzati nelle dipendenze e quelli di tutti gli altri. La gran parte dei medici aborrono i consumatori di droghe e i più sanno poco di droghe e tossicodipendenza, perciò sono ben felici che ci siano delle persone che ritengono "esperti" e sono disponibili a prendersi la responsabilità delle cure mediche ai tossicodipendenti.
Ci sono molti che hanno alte aspettative circa la fornitura medica di droghe ai tossicodipendenti e non riescono a vedere gli svantaggi di questo sistema. Le istituzioni che hanno in carico la distribuzione delle droghe non possono non funzionare che come un prolungamento del sistema giudiziario e poliziesco, per importanti aspetti. Ciò si traduce facilmente in un eccesso di controllo e in un'atmosfera inumana e inflessibile. La combinazione di questi fattori impedisce che si instauri quella che è normalmente considerata una buona relazione fra medico e paziente.
La prescrizione o somministrazione di sostanze illegali ai tossicodipendenti è una modalità di trattamento sempre più accettata. Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che la prescrizione medica di una droga illegale è essenzialmente un artefatto della proibizione. Non a caso non esiste alcuna somministrazione medica di alcol, nonostante ci siano molte persone dipendenti dall'alcol. Negli Stati Uniti, durante il proibizionismo, l'alcol è stato prescritto dai medici ai consumatori problematici di alcol su piccola scala; ma la somministrazione di una sostanza illegale non è una cosa naturale per i medici, almeno nella pratica regolare di cura. Per tale ragione qualcuno potrà sostenere che questa forma di medicalizzazione, quale ad esempio la prescrizione medica di eroina, non sia, in linea di principio, corretta. Nondimeno, in un sistema repressivo, essa rappresenta un passo avanti. Da questo punto di vista la cosiddetta "guerra alla droga" è una guerra davvero, paragonabile ad una "classica" situazione di guerra in cui il personale medico si prenda cura dei feriti sul fronte: gli standard di cure mediche saranno inevitabilmente diversi e in certo modo inferiori a quelli dei comuni ospedali. È un paragone che si attaglia alla prescrizione medica di droghe in regime di proibizione.
Rispetto alla ricerca circa le misure di riduzione del danno, come ad esempio la distribuzione medica di eroina, l'opinione generale è che debba adottarsi solo un determinato disegno di ricerca, l'esperimento randomizzato con gruppo di controllo. Ma questa ricerca, se è preferibile in campo clinico farmaceutico, è al contrario di limitata utilità se si vuole migliorare la politica sulle droghe e

la cura della tossicodipendenza: è infatti la ricerca appropriata quando si voglia introdurre nuovi farmaci. Ma l'eroina non è una nuova sostanza. I soggetti che partecipano alla ricerca si sono iniettati o hanno fumato l'eroina per anni, e in circostanze assai peggiori. La differenza è che i tossicodipendenti si vedono prescritta l'eroina ad un prezzo ragionevole o addirittura gratuitamente, e in tal modo possono apportare cambiamenti alla loro vita. In questo caso però si tratta di una ricerca di tipo sociale, più che medico, poiché la principale variabile non è nella natura farmacologica della sostanza, ma nel suo approvvigionamento legale piuttosto che illegale. Un altro punto debole metodologico di questo disegno di ricerca medico è che esso crea un nuovo modello artificiale di consumo, e dunque è questo modello artificiale che viene studiato: di conseguenza le scoperte sono di utilità limitata.
È evidente che la scelta di questo modello è dettata da ragioni politiche. Tuttavia, nonostante i limiti detti, si sono raggiunti importanti risultati positivi: il più importante dei quali è che l'opinione pubblica nel suo insieme e i politici in particolare si abituano all'idea che l'eroina può essere una sostanza sicura e che la somministrazione di eroina ai tossicodipendenti in condizioni fisiche e mentali precarie migliora il loro stato di salute e di benessere.
Per concludere. La distribuzione medica di eroina e di altre droghe illecite ai tossicodipendenti è una misura di riduzione del danno ed un artefatto della proibizione: può avere un grande valore, anche se comporta alcune conseguenze negative. La medicalizzazione può e deve applicarsi nella fase di transizione al sistema di legalizzazione, assicurando una buona tutela della salute per le persone che usano droghe illegali. Tuttavia, per i consumatori moderati e/o responsabili, che non siano cioè tossicodipendenti, la medicalizzazione non può ridurre le serie difficoltà, di natura non medica, che essi incontrano come conseguenza dello statuto illegale delle droghe da loro usate. Perciò la funzione della medicalizzazione nei prossimi anni dovrebbe essere quella di ottimizzare la salute e la sicurezza dei consumatori nella fase di transizione dopo l'abrogazione del proibizionismo.

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2002

LA PRESCRIZIONE MEDICA DI EROINA
I RISULTATI DELLA RICERCA

Nel 1995 il ministro olandese competente per i problemi della tossicodipendenza chiede al Consiglio di Sanità un parere circa l'opportunità di introdurre la somministrazione di eroina come trattamento. Il Consiglio risponde raccomandando la sperimentazione medica per valutarne l'efficacia. Il target prescelto è la fascia di tossicodipendenti che non hanno tratto benefici significativi da altri tipi di trattamento: si stima che siano 3000 i soggetti considerati "estremamente problematici", nonostante seguano vari tipi di programmi con metadone a mantenimento. L'esperimento inizia nel 1998 ad Amsterdam e Rotterdam e nel corso del 1999 si estende ad altre quattro città, con un totale di 8 centri trattamentali e 750 pazienti coinvolti. Si chiude nell'ottobre del 2001. Vengono condotte due distinte ricerche, la prima sui trattamenti con eroina iniettata, la seconda con eroina inalata: questo perché circa il 75% dei consumatori di eroina usano inalarla secondo la tecnica del chasing the dragon. Al gruppo sperimentale è somministrata eroina insieme a metadone, il gruppo di controllo riceve invece solo metadone, e ambedue usufruiscono della stessa offerta psicosociale standard: la durata della sperimentazione è di 12 mesi. L'età media dei pazienti è di 39 anni, oltre l'80% sono maschi, il 66% accusa problemi fisici, il 60% psichiatrici e il 72% problemi sociali. I soggetti trattati con eroina rispondono positivamente al trattamento in misura del 25% superiore ai soggetti trattati con metadone. Inoltre i trattamenti con eroina registrano una percentuale maggiore di miglioramenti complessivi (attinenti alla salute fisica, psichica e al funzionamento sociale). Il 4 febbraio 2002 la commissione incaricata di portare avanti la ricerca (Ccbh) consegna al ministro il rapporto sulla sperimentazione, con un giudizio largamente positivo: si raccomanda perciò di procedere quanto prima alla registrazione dell'eroina come farmaco.

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2002

CRONISTORIA
UN COMPROMESSO POLITICO

Nell'estate '97, quando la commissione tecnica incaricata di condurre la sperimentazione con eroina (Ccbh) presentò al governo il suo progetto di ricerca su 750 pazienti, questo incontrò grosse difficoltà in parlamento. I partiti fondamentalisti cristiani, dall'opposizione, si dichiararono contro la "droga di Stato"; ma anche i liberali della componente liberista, facenti parte della maggioranza, avanzarono riserve sul numero di 750, che sembrava troppo elevato per tornare sui propri passi, nel caso la sperimentazione avesse dato esito negativo. Fu dunque trovata una soluzione di compromesso: un test preliminare di tre mesi in cui solo 50 soggetti avrebbero ricevuto eroina. Nelle more della vicenda, il reverendo Visser di Rotterdam, già ben noto per avere aperto la sua chiesa ad un gruppo di tossicodipendenti di strada e di spacciatori, creando una sorta di mercato controllato e regolamentato (da lui stesso), aveva assunto un'altra iniziativa clamorosa: temendo che il parlamento insabbiasse la ricerca, annunciava che avrebbe condotto una sperimentazione per suo conto. (da *Fuoriluogo*, gennaio 1998).

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2002

IL PRECEDENTE
LA RICERCA SVIZZERA

L'altra ricerca recente sui trattamenti con eroina è quella svizzera, condotta su larga scala: dal 1994 al 2000 sono stati coinvolti 1969 consumatori dipendenti da oppiacei. Lo studio svizzero ha già dimostrato l'utilità della terapia, con alti tassi di ritenzione degli utenti in trattamento e sostanziali e stabili miglioramenti nella salute fisica e psichica e nella sfera sociale, oltre che nella riduzione delle attività criminali e del consumo di sostanze illegali. Questi risultati positivi sono stati riconosciuti anche dal gruppo di esperti dell'Oms: l'unica riserva attiene al disegno di ricerca, che non ha previsto un gruppo di controllo. In tal modo, sostiene il gruppo Oms, «gli studi non sono in grado di stabilire se i miglioramenti siano attribuibili all'eroina di per sé o al risultato del trattamento nel suo insieme»: in altre parole all'offerta psicosociale, molto intensa per i trattamenti con eroina. Il rapporto olandese sottolinea che il loro disegno di ricerca (esperimento randomizzato con gruppo di controllo) è stato scelto anche per rispondere a queste obiezioni.

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2002

SPECIALE OLANDA

Eroina medica, reso noto il rapporto sulla ricerca scientifica

PROMOSSA A PIENI VOTI

I trattamenti con eroina hanno una percentuale di successi di ben il 25% superiore al metadone, con benefici per la salute e la tenuta sociale

Salvina Rissa

«Al ministro della sanità e del welfare: sono lieto di presentare il primo rapporto della commissione centrale sul trattamento dei soggetti dipendenti da eroina (*Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts*, Ccbh). L'indagine, svoltasi dal luglio 1998 al dicembre 2001, è giunta alla conclusione che per i soggetti cronicamente dipendenti da eroina e refrattari alle terapie, il trattamento con eroina in combinazione col metadone è più efficace della continuazione del solo metadone. I pazienti possono trarre beneficio da questa terapia aggiuntiva di eroina nel campo della salute e del funzionamento sociale... La commissione consiglia dunque a Vostra Eccellenza di rendere disponibile la prescrizione di eroina per questa tipologia di pazienti e si raccomanda la registrazione dell'eroina come prodotto medicinale. Firmato: Jan M. van Ree, presidente della commissione».

Questa lettera, datata 4 febbraio 2002, presenta ufficialmente al governo olandese i risultati della sperimentazione circa il trattamento con eroina con un giudizio che, come si vede, non si presta a equivoci. Risale al 1995 la richiesta di parere avanzata dal ministro allo *Health Council* circa l'opportunità di introdurre in Olanda l'eroina medica, e il Consiglio propone uno studio sperimentale per valutare il rapporto rischi-benefici. Il parere è accolto dal governo e dal parlamento: nel dicembre 1996 è nominato il Ccbh che inizia a preparare i protocolli della ricerca. Quando però, nell'agosto 1997, è ultimato il progetto di ricerca su 750 pazienti, il parlamento decide, per maggiore cautela, di iniziare con un "periodo di prova" (*test period*) di tre mesi con soli 185 pazienti, di cui 50 destinati a ricevere l'eroina. Il test inizia nel luglio '98 in due centri di Amsterdam e Rotterdam e, dopo una valutazione positiva, la ricerca entra a regime secondo il disegno originario nel corso del 2000, con l'apertura di altri sei centri e l'estensione ad altre quattro città (Groningen, Heerlem, L'Aia e Utrecht). Il rapporto, pubblicato in inglese, dà conto, in oltre 180 pagine, di una ricerca estremamente rigorosa, ad iniziare dalla ricognizione del retroterra storico sociale.

Il consumo di eroina, prevalentemente per via iniettiva, comincia a diffondersi agli inizi degli anni '70 in una popolazione di etnia olandese. Un rapido incremento del fenomeno si ha a partire dal 1975, quando, in seguito all'indipendenza dell'ex colonia del Surinam, quasi la metà della popolazione di quel paese sceglie la cittadinanza olandese e si trasferisce nei Paesi Bassi, specie ad Amsterdam e Rotterdam. Molti giovani di etnia surinamese diventano consumatori di eroina, introducendo anche una diversa modalità di assunzione, il *chasing the dragon* (l'inalazione dei fumi dell'eroina riscaldata su una lamella di alluminio). Nel corso degli anni '80 anche molti consumatori di etnia olandese passano all'inalazione e a tutt'oggi si stima che dal 75% al 90% di chi usa eroina lo faccia esclusivamente o prevalentemente in questa forma. Si spiega così la ragione delle due separate ricerche presentate nel rapporto, la prima sulla somministrazione della sostanza per via iniettiva, la seconda per inalazione.

In linea con l'evoluzione del fenomeno in gran parte d'Europa, il numero di tossicodipendenti si è stabilizzato dal 1984, dopo la crescita esponenziale degli anni precedenti (dai 10.000 consumatori stimati nel 1977 ai 30.000 del 1983). I consumatori di eroina sarebbero oggi circa 24.000, con l'età media è in aumento: nel 1997 era di oltre 38 anni. Si tratta dunque di una popolazione stabile e di età relativamente avanzata, affidata ad una molteplicità di servizi, che vanno dall'offerta *drug free* alla riduzione del danno, con programmi di metadone a mantenimento, scambio di siringhe, *safe*

injection rooms, offerte sociali varie. Il sistema è ispirato ai principi di *Public Health*: si cerca di entrare in contatto col maggior numero possibile di consumatori, per offrire cure mediche e ridurre i rischi legati al comportamento di assunzione. Il numero di persone in contatto coi servizi è infatti alto (dal 65% all'85%), mentre è relativamente contenuta la percentuale di affetti da Aids (il 12% in Olanda contro il 38% dell'Europa); anche la mortalità della popolazione tossicodipendente, sia per cause naturali che per overdose, è molto bassa. Questa filosofia di intervento è ben esemplificata nei trattamenti di metadone a mantenimento "a bassa soglia", cui i soggetti possono accedere senza sanzioni in caso di continuazione del consumo di eroina e a dosaggi con loro concordati (in genere piuttosto bassi, sì da poter provare l'effetto euforico dell'eroina). Tuttavia lo stato di salute e di funzionalità sociale di molti soggetti, pur in trattamento metadonico, è a livelli piuttosto bassi: si calcola che circa 8000 consumatori rientrino in tale categoria. È questo il target selezionato per l'esperimento, con l'obiettivo di verificare se la prescrizione di eroina in aggiunta al metadone sia più efficace del trattamento standard con metadone a mantenimento. Il disegno di ricerca prevedeva dunque un gruppo sperimentale di pazienti trattati per 12 mesi con eroina e metadone e un gruppo di controllo con soggetti a solo metadone: come già detto, i gruppi sperimentali sono stati due (uno per l'eroina inalata, l'altro per l'eroina iniettata), con due distinti gruppi di controllo. Il documento del Ccbh spiega che la combinazione di eroina e metadone è stata preferita alla sola eroina, per evitare il rischio di sindromi di astinenza nel caso di impossibilità a recarsi al centro. Inoltre gli utenti hanno avuto l'eroina gratuitamente. Il gruppo di controllo ha ricevuto metadone, al posto di un placebo, anche per ragioni etiche: il metadone diminuisce la mortalità, dunque non sarebbe stato ammissibile privare le persone di questo farmaco. Circa i criteri di inclusione, i più importanti sono: età superiore a 25 anni, il possesso della cittadinanza olandese o almeno della residenza, una storia di eroinodipendenza di almeno 5 anni, uso giornaliero o quasi di eroina illegale, l'aver già partecipato a programmi con metadone senza successo e in particolare l'essere stato in contatto regolare con un programma negli ultimi sei mesi, uno scarso funzionamento sul piano della salute fisica, e /o della salute mentale, e/o sociale. Sulla base di questi criteri è stato selezionato un campione di persone con un preciso profilo: ad esempio, fra i prescelti per l'esperimento con eroina iniettata (82% di maschi), l'età media era di 38 anni, il 69% aveva un basso livello di educazione, oltre il 63% viveva da solo e il 13% sulla strada, ben il 77% risultava disoccupato. Inoltre il 57% denunciava come fonte di sostentamento principale nell'ultimo mese i sussidi pubblici, mentre il 28% le attività illegali. Il profilo del soggetto destinato allo studio con eroina inalata è sostanzialmente simile, eccetto la composizione etnica, come prevedibile: 95% di etnia olandese nel primo caso, l'81% nel secondo.

L'eroina è stata somministrata in centri appositamente creati e dotati di specifico personale, con un notevole investimento finanziario: ogni centro doveva essere aperto almeno due ore la mattina, il pomeriggio, e la sera, per sette giorni la settimana. In ogni struttura sono state previste stanze distinte per la iniezione e l'inalazione dell'eroina, che i consumatori si sono somministrati sotto la sorveglianza di un infermiere. Le regole da seguire erano piuttosto semplici: in primo luogo il divieto di portare fuori l'eroina, e di far uso di droghe nelle vicinanze del servizio. Il dosaggio di eroina non poteva superare i 1000 mg. al giorno, in realtà la media si è attestata sui 549 mg. al giorno per l'eroina iniettata. I soggetti sono stati considerati come "rispondenti al trattamento" (*responders*) nel caso in cui si sia registrato al 12 mese un miglioramento superiore al 40%, rispetto alla rilevazione iniziale, in almeno una di tre aree (salute fisica, mentale, funzionamento sociale), e senza che si sia evidenziato un deterioramento in un'altra area. I risultati conseguiti sono nettamente a favore dei trattamenti con eroina: il gruppo sperimentale trattato con metadone ed eroina iniettabile ha registrato una percentuale di *responders* del 25% superiore al gruppo di controllo che ha ricevuto solo metadone (ovvero il gruppo con eroina iniettabile ha avuto il 56,6% di *responders* contro il 31,6% del gruppo di controllo). Per l'eroina inalabile il risultato è simile, con uno scarto è del 22,7% di esiti positivi a favore del gruppo sperimentale. Oltre a questo dato quantitativo, altamente significativo, spicca quello qualitativo: la percentuale di pazienti che migliorano in più di

un'area è risultata maggiore fra quelli trattati con eroina, mentre chi è trattato con metadone trae giovamento perlopiù in una sola sfera.
Lo studio olandese ha previsto anche un *follow up* per valutare gli esiti dell'interruzione del programma per i soggetti considerati *responders*. Si è così visto che la maggioranza dei soggetti ha subìto un rapido deterioramento ritornando ai livelli precedenti l'esperimento (fra l'80% e l'84%): ciò significa che un significativo numero di pazienti sono stati riammessi al trattamento con eroina per ragioni di etica medica, e la sorte precaria di questi consumatori è una delle ragioni che induce gli estensori del rapporto a chiedere al governo una rapida decisione circa l'ammissione dell'eroina fra i farmaci riconosciuti. L'unico spunto critico attiene alla ritenzione in trattamento: la percentuale di soggetti che hanno completato il programma è piuttosto alta, e tuttavia più alta nel gruppo di controllo (86%) che in quello sperimentale (70%). Il rapporto cita diverse cause, fra cui un 11% di soggetti nel gruppo con eroina allontanato per avere ripetutamente violato le regole, o entrato in carcere. Infine i costi: variano dai 20.000 euro per paziente all'anno nei centri con 50 pazienti, ai 15.000 euro in quelli con 75 pazienti. La voce che incide di più è quella del personale. Adetta della commissione, non è ancora possibile decidere se questa terapia sia da considerarsi costosa: molto dipende dall'implementazione del programma, che abbasserebbe i costi.

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2002

SPECIALE OLANDA

Lo status legale fa la differenza

PETER COHEN

Nelle sperimentazioni con eroina condotte in Olanda, distribuite tra sei città diverse, è stata somministrata eroina – da fumare o per via iniettiva – per un lasso di tempo di sei o di dodici mesi a persone che ne facevano uso regolarmente.
Questi consumatori, selezionati dai ricercatori in modo da includere i "casi peggiori", avevano alle spalle un consumo di eroina molto prolungato nel tempo. In media, quando la sperimentazione è cominciata consumavano eroina da 16 anni! Di questi, una larga parte aveva bisogno di commettere reati per procurarsi il denaro sufficiente a vivere conformemente alla propria scelta.
A prescindere dalla modalità di assunzione dell'eroina (per via iniettiva o fumandola da un foglio di alluminio), la dose media giornaliera che essi hanno preferito è stata di circa 550 mg, su una dose massima consentita di 1000 mg al giorno.
In media si recavano al centro di distribuzione dell'eroina due volte al giorno, probabilmente lo stesso comportamento tenuto originariamente nei confronti dei loro fornitori per acquistarla. Solo che quando ancora compravano l'eroina spendevano una media di 900 Euro al mese, mentre l'eroina proveniente dal centro di distribuzione era gratuita.
Su queste sperimentazioni si possono formulare molte domande. Perché, ad esempio, veniva improvvisamente definita una "medicina" l'eroina, lungamente usata da queste persone, mentre per tutta la loro carriera di consumatori essa era stata definita una "sostanza pericolosa" per il cui uso potevano essere vessati, arrestati e marginalizzati da tutti (non ultime, dalle istituzioni finalizzate al "trattamento")?
E perché mettere in relazione i risultati positivi delle sperimentazioni con la sostanza eroina, e non con l'accettazione ufficiale del loro stile di vita/ della loro preferenza sulle sostanze, di cui queste persone hanno goduto durante la sperimentazione? O con un accresciuto livello di accesso all'assistenza sanitaria e sociale, poiché era molto importante che la partecipazione alle sperimentazioni da parte dei soggetti coinvolti non si interrompesse? O con il fatto che restassero loro molti più soldi da spendere per le scarpe o la pasta? Non facciamo troppe domande in questo momento.
Ai fini del mio obiettivo, e dal mio punto di vista sulla politica sulle droghe, in Olanda si è verificato qualcosa di importante. Potrebbe essere dimostrato che il contesto sociale o medico in cui una sostanza viene distribuita e consumata gioca un ruolo fenomenale negli effetti che questa sostanza ha sul consumatore e sulla sua situazione sociale.
La nostra tesi, che lo *status* illegale dell'eroina e di altre droghe determini il loro livello di "pericolosità", è pienamente dimostrata dagli esiti delle sperimentazioni condotte in Svizzera e ora in Olanda. Naturalmente lo sapevamo. Quando la Gran Bretagna ha interrotto il sistema di eroina a mantenimento nella metà degli anni '60, il consumo di eroina e la situazione della distribuzione nel Regno Unito si sono deteriorati rapidamente, raggiungendo i livelli di malattia, overdose, criminalità e marginalizzazione cui avevamo precedentemente assistito negli Usa.
L'uso di eroina e i suoi effetti sociali sono, nella nostra società, parte di un sistema culturale profondamente basato sul mito e sul pregiudizio, che trasforma i moderni consumatori di eroina in diavoli, eretici o streghe: il ruolo medievale che più vi piace. Inoltre, la scelta di dedicare la propria vita alla possibilità di fare uso di una sostanza oppiacea, su base quasi quotidiana, significa che i consumatori di oppio sono in qualche modo speciali, a differenza di noi altri. Essi sono speciali nello stesso senso in cui sono speciali gli omosessuali in una cultura di eterosessualità dominante. Oppure, sono speciali nel senso in cui lo sono i cattolici in una cultura musulmana dominante. Il nostro livello di civiltà può essere misurato in base alla qualità del servizio che offriamo a persone che operano scelte, in termini di stile di vita o di religione, che non ci danneggiano, ma che sono "strane" o devianti.

Finché abbiamo leggi che rendono cittadini di seconda classe i nostri omosessuali, i nostri consumatori di eroina, o i nostri cattolici, o leggi che negano loro piena cittadinanza, noi non determiniamo solo delle ingiustizie che attengono a diritti fondamentali, ma anche forme di politica sociale estremamente distruttive.
Le sperimentazioni con eroina nei Paesi Bassi sono piccoli passi che ci allontanano da questo tipo di distruzione sociale, e qualunque sia la lingua in cui i "risultati" vengono descritti, questi significano un progresso verso il superamento della giungla della politica sulle droghe in cui viviamo.

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2002

Il governo tedesco adotta il modello svizzero. Pronta la sperimentazione sull'eroina medica

GERMANIA, SI DELINEA UNA POLITICA EUROPEA

Potenziamento degli interventi di riduzione del danno, maggiore offerta terapeutica, no alla «fissazione sulle droghe illegali». Il piano d'intenti di Caspers-Merk

Matteo Ferrari
BELLINZONA

A metà dicembre, la delegata per le questioni di droga del governo tedesco ha illustrato un intenso programma di lavori. In occasione della sua nomina nel gennaio 2001, alla signora Caspers-Merk, che lavora in collaborazione con il ministero della sanità, era stato chiesto di valutare la strategia nazionale. Nell'anticipare una rinnovata politica, ne ha descritto l'impostazione, simile a quanto avviato in Svizzera negli anni '90. Non a caso, forse, pochi giorni prima Caspers-Merk era in Svizzera, a discutere di collaborazione transfrontaliera, trattamento a base d'eroina e uso ricreativo della canapa.
Secondo la delegata tedesca «la politica delle droghe riguarda tutti noi: si parli di eroina, di canapa, nicotina o alcool, chi è dipendente è malato e ha diritto al nostro aiuto ». Inoltre, l'opuscoletto che informa sulla «nuova politica delle droghe e delle dipendenze » s'intitola *Offrire aiuti – limitare i danni*. Una strategia che allarga il ventaglio d'interventi terapeutici, potenziando al contempo la riduzione del danno: due concreti segnali di rispetto della diversità delle persone e delle loro vite, che possono condurre a percorsi terapeutici differenti.
Per gli oppiacei, il numero di morti appare stabilizzato e ora, anche grazie all'introduzione del trattamento a base d'eroina, si mira a diminuirlo. Il progetto tedesco prevede, nel quadro di uno studio scientifico, di trattare persone gravemente dipendenti con l'obiettivo – definito a lungo termine – di permettere una loro uscita dalla tossicomania e il ripristino delle loro capacità lavorative. Il trattamento può iniziare già nel 2002 nelle città di Amburgo, Hannover, Colonia, Bonn, Francoforte, Karlsruhe e Monaco. A 560 persone verrà prescritta eroina e un gruppo di controllo ugualmente numeroso riceverà metadone e la medesima presa a carico psicosociale. Grazie a questo confronto si potrà ovviare ad una pecca della sperimentazione svizzera del 1994-1996: i risultati, giudicati molto positivi, erano dovuti più all'utilizzo dell'eroina o all'intenso sostegno psicosociale? Oltre ad aver migliorato l'accesso ai medicamenti al cannabinolo, la Germania sta inoltre valutando preparati terapeutici a base di canapa (di cui si consolida l'accettazione dell'uso ricreativo).
Parlando di prevenzione, la delegata per le questioni di droga non si è limitata alle droghe illegali. Ha ricordato come in Europa si deve all'abuso d'alcool un degente su cinque in ospedale e, sotto i 25 anni, un morto su quattro perisce in incidenti stradali causati dall'alcool. Sono in corso dure trattative con l'industria del tabacco affinché si assuma le sue responsabilità nella prevenzione e nel suo finanziamento, ma si esclude che possa ammorbidirne l'impostazione, anzi, Caspers-Merk si attende che «ogni produttore risponda delle conseguenze sanitarie dei suoi prodotti». La prevenzione si baserà meno sui divieti e più sulla promozione del benessere. Vi saranno meno campagne informative nazionali e più azioni durature, promosse localmente.
Al "Piano nazionale di lotta agli stupefacenti" – ritenuto scientificamente obsoleto (1990!) e troppo centrato sulle droghe illegali – si sostituirà un "Piano d'azione droghe e dipendenze", basato su una strategia che sarà sottoposta al dibattito politico entro l'estate. I suoi assi saranno: l'adozione della strategia dei quattro pilastri (prevenzione, terapia, riduzione del danno e repressione); l'abbandono di quella che la Caspers-Merk definisce una «fissazione sulle droghe illegali»; la presa d'atto di un'evoluzione europea; la ricerca di un migliore equilibrio tra interventi sull'offerta di sostanze e

misure rivolte alla domanda e ai suoi determinanti. In pochi anni, in Europa, da un approccio approssimativo e centrato solo su alcune sostanze si è passati a riflessioni su diversità e solidarietà, su possibili convivenze e precise responsabilità sociali dei commercianti di droghe legali. Si va delineando una "nuova politica europea delle tossicodipendenze"?

Da: *Fuoriluogo*, gennaio 2002

Regno Unito, new deal del governo su marijuana ed eroina medica

PRIME CONCESSIONI IN TRENT'ANNI

Daniel Lukes
LONDRA

Il 23 ottobre scorso David Blunkett, ministro degli Interni del secondo governo Blair, ha annunciato, sotto forma di un proposta ufficiale all'*Advisory Council on the Misuse of Drugs*, la sua intenzione di riclassificare la cannabis portandola dalla classe B alla C, insieme a steroidi e psicofarmaci. Contemporaneamente ha dichiarato anche che, se gli esperimenti in corso sui medicinali a base di cannabis avranno esito positivo, la legge verrà modificata per permetterne l'uso.

Il possesso, l'uso e la vendita di marijuana rimarranno di fatto illegali, e Blunkett ha tenuto a ribadire che la modifica non significa la decriminalizzazione, né la legalizzazione. Nella zona di Brixton, nel sud di Londra, a partire da giugno di quest'anno, la polizia ha deciso di non arrestare più le persone per possesso di marijuana, bensì di limitarsi alla confisca e a una diffida informale, per meglio indirizzare gli sforzi degli agenti di nella lotta contro le droghe pesanti. Come già era avvenuto per questo programma sperimentale, a suo tempo cautamente sostenuto dal ministro, Blunkett ha indicato come motivazione principale della sua svolta la possibilità di impegnare meglio altrove le risorse delle forze dell'ordine, e cioè contro l'eroina, la cocaina e l'ecstasy. Con queste riforma la polizia perderebbe il potere di fare arresti per il mero possesso per uso personale.

Facendo riferimento al valore delle politiche di riduzione del danno, Blunkett ha anche annunciato che si stanno studiando nuove disposizioni per la prescrizione medica di eroina ai tossicodipendenti, comunque sottoposta a stretta regolamentazione e sorveglianza: lo scopo è di toglierli dal giro di illegalità e coinvolgerli maggiormente nei trattamenti sanitari, creando una specie di ponte tra l'eroina procurata illegalmente e la prescrizione di metadone. Le modifiche dovrebbero entrare in vigore dalla primavera dell'anno prossimo dopo la discussione in parlamento, una volta che siano approvate dall'*Advisory Council on the Misuse of Drugs*, che tra l'altro aveva raccomandato questi cambiamenti legislativi già dal 1981. Le proposte di Blunkett rappresentano le prime concessioni riguardo alle politiche sulla droga in trent'anni e segnano un netto contrasto con la linea dura del suo predecessore, Jack Straw, l'attuale ministro degli Esteri, che aveva rifiutato la proposta di "declassificare" la canapa, dalla tabella B alla C, avanzata da una ricerca della *Police Foundation* del 2000. Queste sono però più in sintonia sia con la maggioranza della popolazione, come indicano numerosi sondaggi, sia con vari esponenti dell'opposizione dei Conservatori. Infatti circa un anno fa otto di loro avevano dichiarato pubblicamente di aver fatto uso di marijuana, prendendo posizione contro la linea della "tolleranza zero" sulle droghe, voluta da una loro collega, la ex-ministro Conservatrice, Anne Widdecombe: un intervento, il suo, largamente ridicolizzato in ambito politico. Nel luglio di quest'anno è stata la volta del Conservatore Peter Lilley a chiedere la legalizzazione della cannabis.

Accolte in gran parte favorevolmente, le recenti proposte di Blunkett non sono state tuttavia esenti da critiche. In particolare hanno suscitato riserve il modo e il momento in cui ha annunciato le sue proposte: infatti il ministro ha preferito rivolgersi direttamente all'*Advisory Council* invece di fare una conferenza stampa o un discorso in parlamento, e proprio nello stesso giorno in cui il *Sinn Fein* annunciava l'abbandono delle armi da parte dell'Ira, e mentre in parlamento si dibatteva a proposito di Joanne Moore, l'assistente al ministro dei Trasporti protagonista di una gaffe clamorosa: l'11 settembre aveva mandato un messaggio e-mail suggerendo che quello era «un ottimo giorno per far uscire notizie scomode ». Si è perciò accusato Blunkett di ulteriore manipolazione dei media. Ma la gran parte delle critiche, quali ad esempio quelle di Simon Hughes dei liberal-democratici, si sono appuntate sul fatto che le proposte sono giunte con molto ritardo; e che per di più decriminalizzano

la canapa «dalla porta di dietro», come ha sostenuto Colin Davis, presidente del *Medical Marijuana Co-operative*, senza cioè che il governo assuma un'iniziativa davvero coraggiosa.
La classe politica è ancora molto indietro rispetto alla popolazione e alle opinioni della polizia, degli esperti e degli accademici. In questa situazione Blunkett vuole trasmettere con le sue riforme pragmatismo e «*honest and common sense*», come qualcuno lo ha definito: con l'argomento che si tratta di lottare contro le droghe pesanti e il crimine che ne deriva, senza sprecare i soldi dei contribuenti per arrestare e processare i consumatori di marijuana. Insomma una linea di buon senso e miglior impiego delle risorse, che prende accuratamente le distanze dall'ipotesi della legalizzazione.

Da: *Fuoriluogo*, novembre 2001

LA TALPA SVIZZERA

I dati per il 2000 sui trattamenti con eroina ne confermano la funzione di terapia-ponte adatta a gestire una delicata fase di passaggio

Matteo Ferrari
BELLINZONA

Sull'estate svizzera ha regnato la calma, rotta solo dalle ricorrenti note di agenzia che annotano i sequestri di canapa – a volte in quantità simbolica – effettuati nei confronti di pendolari lombardi che la acquistano in Ticino. Aparte queste scaramucce, calma piatta. Neppure la presentazione del progetto della nuova legge sugli stupefacenti ha suscitato reazioni, anche perché le prime verifiche hanno rassicurato molti: la proposta consolida interventi e contesti in atto, sperimentati e valutati man mano e nell'assieme, inclusa la tolleranza del piccolo commercio di canapa.
Oggi l'opinione pubblica si interessa meno a questi temi, che dichiara sentire in buone mani. Concluso un decennio di dibattito pubblico, continuano a lavorare fianco a fianco ricercatori e operatori. Senza di loro non sarebbe emerso il paradigma della moderna politica svizzera in materia di droga: gli aneliti di reprimere chi lucra e assistere chi soffre non possono coesistere senza che nascano delle contraddizioni di cui bisogna prendere atto. In un delicato contesto di democrazia diretta, solo il lavoro congiunto di chi opera e di chi analizza ha potuto avviare un processo di ricerca del consenso, basato sul trasferimento delle conoscenze e sulla fiducia in soluzioni innovative. E così anche quest'estate è giunta conferma di quanto siano produttive le strette collaborazioni della ricerca-azione. Eccone lo stato dei lavori in tre filoni: trattamenti sostitutivi, centri improntati all'astinenza e statistiche di base.
Durante il 2000, il trattamento a base d'eroina era autorizzato per 1.200 posti, pari al 4% delle 30.000 persone tossicodipendenti stimate in Svizzera. A fine dicembre il trattamento era seguito da 1.038 persone in 20 progetti, presenti in 11 dei 26 Cantoni. L'età media all'inizio del trattamento cresce e supera i 32 anni. La notizia positiva è quella dell'aumento del tasso di "partenze positive", definite quali abbandoni del programma per un'altra presa a carico. Nel 2000, il 72.6% dei 175 partenti (rispetto al 59.5% dei 180 partenti nel 1999) è entrato in un centro improntato all'astinenza (47 casi) o in un trattamento metadonico (80 persone), meno pesante in quanto prevede una sola assunzione giornaliera. Le partenze con buon esito provengono da trattamenti dalla durata media di 23 mesi, quelle negative presentano una più breve permanenza nel programma, 15 mesi. Il trattamento si rivela una terapia-ponte, adatta a gestire una delicata fase di passaggio che non si esaurisce in alcune settimane.
Il trattamento a base d'eroina era stato introdotto con l'obiettivo di verificarne la fattibilità e l'utilità nell'avvicinare, prendere a carico e stabilizzare anche casistiche gravi (persone in cattivo stato di salute e disintegrate socialmente). Sette anni di esperienze ne confermano la bontà per una politica che voglia garantire il rispetto della persona e il dialogo con tutti i cittadini, anche con chi nel suo percorso si ritrova a vivere condizioni difficili.
Inoltre, è apparso un manuale che indica come allestire un progetto di uso terapeutico d'eroina; viene confermata l'indicazione che si può rilevare l'eroina non prescritta (il trucco? quella prescritta è pura e non genera i metaboliti tipici delle sostanze da taglio); si è avviato un progetto triennale di promozione della qualità del trattamento a base d'eroina; a novembre si terrà una Conferenza nazionale sui trattamenti sostitutivi, incluso il metadone, soluzione adottata da circa la metà delle persone tossicodipendenti.
Sul fronte dei centri improntati all'astinenza, una comunità di lavoro composta dalla maggior parte di loro e dall'Istituto di ricerca sulle dipendenze ha permesso di allestire per il sesto anno consecutivo una documentazione sulla clientela delle terapie stazionarie. Oltre alle usuali

statistiche, nel 2000 si è analizzata la clientela in entrata (dati completi per 668 persone) rispetto al tipo di consumo e alla situazione di vita nell'anno precedente. Ne sono emersi quattro gruppi, molto differenti. I *poly come down* (caratterizzati da inizio precoce, eroina, cocaina, tranquillanti e sonniferi), i *poly kick off* (giovani e abbastanza integrati, eroina, cocaina, anfetamine e allucinogeni), i *low use* (problemi meno gravi con eroina e canapa) e gli *hard drugs only* (meno giovani, consumo regolare tardivo, male integrati, solo eroina, cocaina e cocktails). Ora si lavorerà su nuove domande: sono generalizzabili tali profili? che bisogni differenziati di trattamento ne risultano? vi sono indizi precoci di differenti sviluppi della tossicomania? A novembre questa comunità di lavoro terrà il suo simposio annuale e il tema sarà quello della terapia nell'ottica del cliente, insomma, la sua soddisfazione, fattore fondamentale per attivare tutte le sue risorse.
Infine, tappa importante per *act-info*, progetto della Confederazione che mira ad una statistica nazionale uniforme ed eurocompatibile, con dati raccolti senza lungaggini, accessibili facilmente e in fretta, che possa essere fonte di informazione strategica per autorità, operatori e ricercatori. Il progetto abbraccia le cinque statistiche settoriali esistenti nella presa a carico per droga e alcool e ha coinvolto operatori dei cinque settori. Dopo una faticosa fase di avvio si deve ora verificare se si può essere all'altezza del compito: a ottobre un Cantone inizierà una sperimentazione di sei mesi, mentre l'obiettivo è quello di un'estensione nazionale nel 2003.

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2001

SPECIALE MORFINA

Prima del metadone

Grazia Zuffa

Quanti oggi ricordano che, in Italia, gli albori delle terapie per le tossicodipendenze sono stati segnati dalla sperimentazione della morfina come “farmaco” sostitutivo dell'eroina? Non molti, temo, neppure fra gli operatori dei servizi. Eppure sono state diverse le città e le regioni interessate, e significativi i numeri dei soggetti in trattamento con morfina: nel solo territorio urbano di Firenze erano circa settecento, a Napoli almeno cinquecento, e millecinquecento nell'intera regione, tanto per dare alcune cifre. L'inchiesta che Fuoriluogo presenta in queste pagine ha dunque una duplice finalità: offrire un contributo di ricostruzione storica, e al tempo stesso illuminare le ragioni dell'oblio che avvolge questa esperienza. La sperimentazione ebbe termine alla metà degli anni '80, quando iniziò l'era della “astinenza a tutti i costi”, culminata nella legge repressiva del '90. E tuttavia quel lungo medioevo trattamentale non basta a spiegare l'attuale dimenticanza: seppur con riserve e distinguo, la riduzione del danno è ormai sulla bocca di tutti, e la distribuzione di morfina può a buon diritto considerarsi “l'antecedente storico” italiano della riduzione del danno, molti anni prima che questa espressione fosse coniata. Azzardo un'ipotesi. Quel trattamento si rifaceva ad una lettura “non patologizzante” del fenomeno, difficile da capire e da accettare ancora oggi, almeno nel nostro paese. Dicevano gli operatori del Cmas fiorentino, in un convegno del '79: “Il problema è di mettere il tossicodipendente in situazioni il più possibile “normali” con frequentazioni il più possibile diverse da quelle che è costretto a fare-subire “in quanto” tossicodipendente”. Da qui la pratica intelligente di decentrare sul territorio la distribuzione del farmaco, coinvolgendo gli attori dell'assistenza sanitaria di base “normale”, appunto; perché, per citare ancora le parole degli operatori di Firenze, “non è possibile che una persona faccia progetti diversi se deve recarsi ogni giorno in un posto per farsi somministrare la dose”. Concetti ancora d'avanguardia, se pensiamo che i tossicodipendenti di oggi sono costretti a recarsi quotidianamente al Sert a bere il metadone, magari per anni. È un'organizzazione del servizio afflittiva e stigmatizzante per l'utente, che non a caso risale al 1990; ma che da allora in poi non è mai stata messa seriamente in discussione.
C'è un'altra riflessione che quell'esperienza suggerisce. La morfina aveva una capacità di “attrarre” l'utenza, assai superiore al metadone, com'è ovvio. Consentire a trattare un soggetto con morfina significava per l'operatore non solo accettare il fattore “piacere” legato alla droga (l'aspetto più furiosamente negato della tossicodipendenza); ma anche riconoscere che il consumatore ha, alla pari di tutti, un “sapere su di sé”, che la sostanza di per sé non inficia. Come acutamente rilevano oggi gli operatori napoletani che mi hanno aiutato a ricostruire la vicenda, la “sconfitta” della morfina segna l'inizio di un approccio curativo sul tossicodipendente, invece che col tossicodipendente. Si passerà infatti al metadone (obbligatorio per tutti), il farmaco “buono” contro la “droga” morfina. Ma il furore censorio non risparmierà neppure il metadone, che sarà usato sempre più con modalità “punitive”e dosaggi restrittivi: fino alla diserzione dei “pazienti” dai servizi, la prova provata della saggezza del “malato” contro l'insania del “terapeuta”. Questo dilemma, fra la cura della persona (fra l'altro anche tossicodipendente) e la cura del “disturbo-tossicodipendenza”, magari contro la persona, sopravvive ancora oggi. Ripensare a quella storia lontana ci aiuta a risolverlo con maggiore consapevolezza.

da: *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2001

SPECIALE MORFINA

Un'esperienza rimossa

Parlano i protagonisti di Napoli e Firenze

Grazia Zuffa

La sperimentazione della morfina come sostanza sostitutiva nasce spontaneamente, si può dire, verso la fine degli anni '70, insieme coi primi servizi per le tossicodipendenze che prendono avvio con la legge 685 del '76. In seguito i cosiddetti decreti Aniasi (dal nome dell'allora ministro della sanità) offrono, nel 1980, una cornice normativa per questi primi trattamenti pionieristici: ai servizi è riconosciuta una maggiore libertà sia nella scelta dei farmaci (la morfina oltre il metadone), sia nelle modalità di consegna ai consumatori. Ricostruire con esattezza la "mappa della morfina" di quegli anni è un obbiettivo troppo ambizioso, a distanza di tanto tempo. Fuoriluogo ha perciò scelto di ripercorrere quella fase storica, rifacendosi a due esperienze significative, quella di Napoli e di Firenze, attraverso le testimonianze di alcuni operatori che al tempo ne furono protagonisti. Clara Baldassarre è stata per lungo tempo responsabile di un Sert, e attualmente è dirigente nel dipartimento farmacodipendenze dell'Asl Napoli 1. Ricorda che sul finire degli anni '70 si cominciarono a creare i primi servizi: si chiamavano Cmas (centri medici di assistenza sociale), erano presidi territoriali inizialmente appoggiati agli ospedali. E aggiunge: "quando cominciai a lavorare nel servizio, nell'82, la morfina c'era già, anche se la maggior parte dei tossicodipendenti prendeva il metadone. Erano terapie un po' inventate... all'epoca non c'era formazione". Era però una "invenzione" con una precisa logica alle spalle e pianificata con una certa accuratezza. Forse per questo, lo psicologo Tommaso Pagano definisce quel sistema di distribuzione della morfina "pre-olandese": ogni soggetto in trattamento riceveva una scheda con un numero personale, necessaria per recarsi da un medico di base che faceva la prescrizione. La ricetta valeva per la settimana, e con questa il consumatore poteva ritirare in farmacia giornalmente le fiale. Il dosaggio era però individuato dal servizio, dove gli utenti erano comunque tenuti a presentarsi almeno una volta la settimana. "In questo modo – spiega Pagano – noi operatori mantenevamo con la persona una relazione più stabile, che non si esauriva nella sola "contrattazione" del dosaggio di morfina". Il sistema delle schede, con un archivio centralizzato, era funzionale ad evitare le doppie prescrizioni, ma serviva anche a favorire la mobilità della persona, che con questa poteva presentarsi ad un presidio diverso da quello di residenza abituale.

Marina Siconolfi, medico, adesso responsabile di un Sert, cominciava la sua carriera proprio agli inizi degli anni '80. Le preme sottolineare la particolare congiuntura storica in cui si inseriva quella sperimentazione: allora esisteva un nucleo "forte" di medici giovani, che venivano dal movimento del '68 e degli anni '70 e collaboravano con entusiasmo, accollandosi a volte gratuitamente i "pazienti". A volte li conoscevano di persona perché erano stati insieme sui banchi di scuola. Questi medici erano in rapporto continuo col servizio, per discutere i trattamenti, le patologie correlate, i casi difficili. C'era però anche una minoranza che lo faceva per soldi, perché la ricetta costava sulle diecimila lire. Dice Siconolfi: "Capitava che un solo medico avesse anche trenta tossicodipendenti in carico, con un guadagno di circa trecentomila lire la settimana, una bella somma all'epoca...". Una buona parte del lavoro dei servizi consisteva nel creare i rapporti sul territorio, coi medici, ma anche coi farmacisti. Baldassarre rievoca i tanti incontri coi farmacisti per spiegare il senso della terapia, per coinvolgerli nel controllo delle ricette: molti rispondevano positivamente, controllavano con cura le ricette e telefonavano al presidio per avere conferma in caso di modificazione dei dosaggi.

Eppure la sperimentazione entra in crisi proprio per le smagliature della rete territoriale: le farmacie che accettavano di distribuire le fiale erano poche, in alcune di queste si verificavano dei concentramenti di utenza. Alla farmacia di fronte alla stazione ad esempio si presentavano 300 consumatori ogni mattina, alle 8,30 del mattino c'era già la fila fuori. I farmacisti perciò tendevano ad "anticipare" la morfina, dando tutte in una volta le fiale per più giorni. Si creò in breve tempo un

circuito perverso: gli utenti tendevano a “farsi” più spesso e rifornivano anche il mercato “grigio”, poi si presentavano in anticipo ai medici per la prescrizione settimanale e reclamavano al servizio l'aumento del dosaggio. Perciò diminuivano ancora di più i medici e le farmacie disponibili, mentre gli operatori entravano in crisi. La morfina fu eliminata dalle terapie nell'84 per decisione del Ministero, anche se sarà dato tempo ai servizi fino alla fine dell'85 per “passare” l'utenza al metadone. Confessa Baldassarre: “Quando a Roma si decise di togliere la morfina, io tirai un sospiro di sollievo. Con gli occhi di oggi il bilancio è diverso. Il primo punto a favore della sperimentazione è l'opera di prevenzione delle malattie correlate che veniva fatta insieme al trattamento.

Mai neppure un'overdose

Allora non si sapeva dell'Aids, ma, per evitare il contagio dell'epatite, le fiale venivano consegnate con le relative siringhe pulite. E distribuivamo anche il Narcan, il farmaco contro l'overdose”. “Eravamo troppo legati a una cultura salvifica, la nostra preoccupazione era di passare l'utente al metadone, e poi “scalare” anche quello. Oltretutto avevamo il fiato sul collo delle comunità terapeutiche e dei mass media, che ci accusavano di “indurre” la tossicodipendenza”, è il giudizio sintetico di Siconolfi.
Osservo criticamente che l'immagine dell'utente quale rimbalza dai loro racconti assomiglia da vicino allo stereotipo del “tossico” irresponsabile, che non riesce a controllare il rapporto con la sostanza e per di più la spaccia. I miei interlocutori non sono d'accordo: il fatto che non ci sia mai stata un'overdose è la prova che i “ragazzi” si sapevano autoregolare, eccome. Pagano racconta una storia esemplare: quella di Ettore, bravissimo muratore che lavorava tutti i giorni, e tutti i giorni si prendeva la morfina. La sua dose giornaliera era di sei fiale: se ne faceva bastare quattro, le altre le vendeva. Nella sua condizione di marginalità, la vendita di morfina era un'opportunità, che si inseriva “nell'economia del vicolo”. “Un mercato grigio “democratico”, contro quello nero gestito dalla camorra”, commenta ironico. È un'osservazione che suggerisce una riflessione politica più ampia, a monte delle strategie di contrasto alla droga: un intervento di riduzione del danno, quale quello che stiamo trattando, può aiutare a stabilizzare il consumatore, ma alle condizioni sociali date. Come dire che, se uno straccio di welfare non esiste, la riduzione del danno da sola non se lo può inventare. La sperimentazione di Firenze appare per certi versi più riflettuta, sin dall'inizio. Mario Santi, che, insieme a Corrado Corradeschi e a pochi altri fiorentini è stato un fondatore dei servizi per le tossicodipendenze, ricorda come momento di svolta un convegno dell'aprile '79 dal titolo: “Eroina, quali servizi?”. “Fu lo spunto per una riflessione nuova e anche per scelte operative – spiega Santi –. Noi del Cmas fiorentino contrapponemmo un approccio “sociale” ad uno “patologizzante”: fino a quel momento gli eroinomani erano stati trattati solo in ospedale, tutti nell'ottica del “caso psichiatrico”“. Da lì nasce l'idea di attivare la rete sanitaria di base attraverso il coinvolgimento dei medici generici. Ne furono convinti 400, su un totale di circa 800, un numero considerevole se si pensa alle resistenze che la questione droga ha sempre suscitato nel sistema sociosanitario “normale”. Rispetto all'esperienza napoletana, quella fiorentina era più conforme al modello generale della sanità pubblica: il Cmas funzionava come un supporto specialistico, che eseguiva la diagnosi, accertava il dosaggio e rilasciava ai tossicodipendenti un attestato sanitario per ottenere la morfina nelle farmacie. Erano i medici di base a prenderli poi in carico, con la prescrizione settimanale. Era ancora loro compito l'eventuale modifica del dosaggio, anche se concordata in genere con “Borgo Pinti” (come si diceva allora, dal nome della sede storica del Cmas cittadino). “La nostra preoccupazione era di offrire un servizio non stigmatizzante cercando, tramite il decentramento sul territorio, di salvaguardare la “normalità” di vita dell'utente. Usavamo trattamenti con morfina, ma anche con metadone, a seconda dei casi: ma non abbiamo mai pensato che il farmaco fosse risolutivo, eravamo ben lontani dalle concezioni biologiste” precisa ancora Santi.

Il cittadino tossicodipendente

La vera originalità dell'esperienza fiorentina consisteva nel complesso raccordo istituzionale. Fu creato un comitato a livello provinciale, coordinato dalla Prefettura, di cui facevano parte, oltre ai servizi, la magistratura, le forze dell'ordine, il reparto di tossicologia dell'ospedale, l'ordine dei medici, l'ordine dei farmacisti, il provveditorato agli studi. Il comitato aveva il compito di monitorare il fenomeno nella sua complessità, dalla pericolosità delle sostanze sul mercato clandestino, alla funzionalità del sistema di distribuzione del farmaco, alla tenuta sociale dei consumatori, cercando di prevenire il più possibile il "danno" del carcere. Mariella Orsi, sociologa, che ha lavorato nel primo servizio per tossicodipendenti di una zona dell'hinterland fiorentino, ricorda commossa il contributo di Riccardo Bordoni, che era allora medico di quel distretto: "Riccardo applicava la strategia dei "tre meno": meno overdose, meno malattie infettive, meno carcere". Queste erano le priorità, e la morfina era utile nell'ottica di riduzione del danno. Il servizio era mirato a farsi carico di tutti i bisogni delle persone, non solo dell'aspetto tossicodipendenza: il rifiuto degli sterili specialismi favoriva l'ascolto, attento e intelligente, del soggetto. "Il nostro – chiarisce Orsi – era un approccio centrato sui diritti/doveri di cittadinanza. Lavoravamo molto sulla responsabilizzazione delle persone, perché essere tossicodipendenti non significa essere criminali".
Anche a Firenze la sperimentazione ebbe termine nell'85, avendone decretato il fallimento per decreto ministeriale. "Non si sa bene su quali basi scientifiche – commenta Santi – ma nel frattempo erano cambiati il clima culturale e anche le caratteristiche del fenomeno. Dopo il 1980 i consumi si stavano estendendo, non esistevano solo i tossicomani, ma anche i semplici consumatori. E quando la droga comincia ad entrare nella normalità degli stili di vita, diventa un "peccato" che non è ammesso". È un'osservazione che conserva, ahinoi, tutta la sua validità.

da: *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2001

PARLA JOSÉ LUIS RIPOLLÉS

SE IL TOSSICO NON È PIÙ UN CRIMINALE

Patrizio Gonnella

La Spagna dà avvio alla sperimentazione controllata di eroina. E in Italia, con Berlusconi prossimo a governare, ci si stupisce che un governo di destra abbia scelto la via della riduzione del danno. Ne discutiamo con Josè Luis Dìez Ripollés, direttore dell'Istituto di criminologia dell'Università di Malaga.

Professor Ripollés, la decisione del governo spagnolo risponde a una scelta ideologica o, semplicemente, si tratta di un espediente pratico per ridurre i rischi della tossicodipendenza?

In Spagna né la sinistra né la destra considerano il tossicomane come un delinquente. Ciò ha facilitato l'adozione di politiche di riduzione del danno. Va detto che in Spagna la politica di somministrazione di metadone è iniziata nel 1983. Inoltre il Tribunale Supremo sostiene che le fattispecie penali in materia di droga si debbano interpretare restrittivamente.

Quali sono i contenuti e i limiti di questa sperimentazione?

La somministrazione di eroina è stata pensata all'interno di una politica di riduzione del danno. Questa è la dimostrazione che si sta sbagliando con le politiche repressive. Coerentemente con la politica di riduzione del danno, bisogna tentare prima con il metadone. Qui in Spagna tutti gli eroinomani hanno accesso al metadone con molta facilità, ma il 30% di loro, pur assumendo metadone, non conseguono risultati positivi e la loro vita non è "normalizzata". In questi casi ha senso passare alla somministrazione di eroina.

In Italia siamo abituati all'interventismo del Vaticano. In Spagna vi sono state reazioni negative dell'opinione pubblica o della chiesa cattolica?

No. Come ho detto il tossicomane è considerato dalla sinistra e dalla destra, dalla chiesa e dai laici una persona da curare, e non un delinquente da trattare con il diritto penale. L'importante sono i mezzi utilizzati per i programmi terapeutici.

Crede che la somministrazione controllata di eroina e la decriminalizzazione della vita dei tossicomani possano essere ritenuti il primo passo verso il definitivo abbandono della politica proibizionista in Spagna?

Credo di no. Il problema è internazionale e non nazionale. In Spagna molti settori professionali sono scontenti della politica criminale sulle droghe, ma ritengo che per il momento, a causa della pressione esercitata dagli Stati Uniti, non ci siano le condizioni internazionali per abbandonare la via della proibizione.

Quanti sono i tossicodipendenti nelle carceri spagnole?

Il numero di persone che sono in carcere per reati connessi al consumo o al traffico è molto alto. Le cifre variano perché non è facile stabilire se i furti o le rapine siano stati commessi per procurarsi

droga o meno. Secondo alcuni la percentuale di detenuti per reati connessi alle droghe è del 50%, secondo altri la cifra è pari al 70-80%.

Pensa che la decisione del governo spagnolo possa ridurre il numero dei tossicomani in carcere?

Non penso che accadrà a breve, forse nel futuro. C'è da tenere presente una cosa molto importante: l'Istituto andaluso di criminologia, che io dirigo, si è posto il problema di come questo programma possa svilupparsi. Il metodo più sicuro è considerare questo progetto come un programma clinico. L'esperimento in Andalusia coinvolgerà complessivamente 150 persone. Di queste, 75 assumeranno metadone e 75 eroina. Si vuole dimostrare che l'eroina produce effetti più benefici rispetto al metadone dal punto di vista della salute, delle relazioni sociali e della riduzione del conflitto con la legge penale. Nel giro di due anni si deciderà se somministrare definitivamente eroina in forma controllata.
Naturalmente il problema che ci si pone è: che cosa succederà dopo i due anni, quando verrà meno l'autorizzazione governativa al programma sperimentale? Le autorità andaluse hanno già detto che se l'esperimento sarà positivo vi sarà un argomento in più per continuare a somministrare eroina, in via normale e non più sperimentale. E penso che anche in Catalogna avverrà lo stesso.

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2001

EROINA MEDICA

Andalusia e Catalogna avviano due progetti pilota

LA VIA SVIZZERA ARRIVA IN SPAGNA

Potranno accedere ai programmi quei consumatori con cui il metadone non ha dato buoni risultati. Fra dodici mesi si valuteranno i risultati conseguiti

Juan Antonio Catalàn Berges*

Alla fine del 1998 la Direzione generale della sanità ha approvato la richiesta presentata dalla Consulta degli affari sociali della Giunta andalusa di poter utilizzare l'eroina nella ricerca e nel trattamento dei tossicodipendenti per i quali erano falliti i programmi alternativi di recupero. Nonostante tale autorizzazione, il Programma sperimentale di prescrizione di stupefacenti in Andalusia – progetto elaborato dalla Scuola di Salute Pubblica – in quel momento non è diventato realtà, per gli ostacoli frapposti dal Ministero della Sanità e dal Governo Centrale, che vedevano come un serio problema il futuro di tutti quei pazienti che partecipavano alla sperimentazione una volta terminato il programma clinico la cui durata sarebbe stata di 18 mesi. Un anno dopo, alla fine del 1999, la Delegazione del Governo per il Piano nazionale sulle droghe (facente parte del ministero dell'Interno e non di quello della Sanità) cominciava a disegnare il programma clinico attraverso il quale si sarebbe sperimentata la distribuzione di eroina per quella popolazione di tossicodipendenti che non aveva risposto al trattamento convenzionale con metadone. Quasi due anni dopo, il delegato governativo per il Piano nazionale sulle droghe, Gonzalo Robles, ha annunciato che il Governo avrebbe dato il via alla sperimentazione per provare l'efficacia terapeutica dell'eroina come metodo di mantenimento e riduzione del danno. La sperimentazione si sarebbe rivolta ai per tossicodipendenti in fase acuta che avevano fallito i trattamenti al momento disponibili. La decisione è stata presa dopo che l'Agenzia spagnola del trattamento farmaceutico, dipendente dal Ministero dell'interno, aveva autorizzato la riqualificazione dell'eroina (cloridrato monoidratato di eroina) come prodotto potenzialmente investigabile.

Il 3 maggio scorso la Commissione mista per lo studio delle possibilità terapeutiche dell'eroina, composta da esperti, scienziati, sociologi e da rappresentanti dei dipartimenti della Sanità, degli Interni, della Giustizia, delle comunità autonome e di organismi scientifici, ha approvato finalmente l'avvio della sperimentazione. Gli scienziati analizzeranno i risultati e dovranno dare una risposta sull'idoneità o meno della somministrazione controllata di eroina. Per la realizzazione dei programmi la Commissione ha stabilito che avvenga in centri di assistenza accreditati e che siano diretti da ricercatori di provata esperienza.

Al momento sono stati presentati due progetti, rispettivamente dalla Giunta andalusa e dalla Municipalità di Catalogna. Le comunità di Madrid, Valencia e Galicia non dispongono di progetti *ad hoc*, però ambiscono a farlo in futuro. Il piano della Giunta andalusa consiste nella somministrazione di eroina per via endovenosa a tossicodipendenti nei centri di Granada e Algeciras. In ciascuna di queste località parteciperanno al progetto 75 tossicodipendenti. Di questi, la metà riceverà eroina per via endovenosa, e l'altra metà metadone per via orale. I partecipanti, volontari, dovranno essere tossicodipendenti che non si sia riusciti a integrare in programmi di assistenza per due volte, che continuano a iniettarsi eroina e che hanno malattie infettive.

La Catalogna, invece, ha in preparazione due programmi nei quali verrà paragonata l'efficacia della somministrazione per via orale di morfina e di eroina con quella di metadone. A ciascun programma parteciperanno 80 eroinomani, di cui la metà riceverà due dosi al giorno di eroina per via orale nell'arco di sei mesi, e l'altra metà riceverà metadone per via orale in uguale dose e durante un uguale periodo di tempo. Il secondo programma è metodologicamente uguale al primo, però utilizza

morfina. I programmi catalani sono effettuati senza che i tossicodipendenti sappiano cosa stanno assumendo. I pazienti saranno scelti a caso e i tossicodipendenti saranno ospedalizzati nei primi 4-5 giorni per controllare la loro evoluzione, mentre durante i 6 mesi successivi, tutti i partecipanti riceveranno aiuto psichiatrico e biomedico. I programmi saranno realizzati con persone che si bucano abitualmente per strada e che non sono coinvolte in altri programmi terapeutici. Tutti i programmi avranno una durata di 6 mesi, più altri 6 in cui si valuteranno i risultati e si esaminerà l'evoluzione dei pazienti. La principale rivendicazione della Giunta andalusa al governo centrale è che, dopo la prima fase dello studio, si continui a somministrare eroina a queste persone; ma il Piano nazionale sulle droghe si oppone all'automatismo della somministrazione.
Chi firma questo articolo pensa che siano stati fatti grandi passi avanti in Spagna nell'aiuto ai tossicodipendenti, ma è anche cosciente che la burocrazia può uccidere più dell'eroina, e proprio per questo auspica che il governo spagnolo regolamenti l'utilizzazione terapeutica di eroina prima che i programmi terminino, anteponendo ai pregiudizi sociali e/o morali, la salute e la qualità della vita delle persone che parteciperanno a queste ricerche.

*Presidente del Comitato C.A.S. di Castilla la Mancha e vice-presidente dell'Adap (associazione di aiuto e prevenzione dei tossicodipendenti)

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2001

Trattamento a base di eroina, parla il criminologo svizzero Martin Killias

«Abbiamo ridotto i reati dell'80%»

Marina Impallomeni
PARMA

Il professor Martin Killias, dell'*Institut de police scientifique et de criminologie* dell'Università di Losanna, sorride soddisfatto mentre espone i risultati brillanti conseguiti dalla Svizzera nel trattamento delle tossicodipendenze. Anche in termini di sicurezza.
Alla fine del '99, i tossicodipendenti sottoposti al trattamento comprendente la somministrazione controllata di eroina erano 1065, una cifra relativamente bassa se confrontata ai 16.000 – su un totale di circa 25.000 tossicodipendenti – trattati regolarmente con metadone. Un gruppo esiguo ma assai significativo. Si tratta infatti dello "zoccolo duro" dei tossici che consumano eroina da molti anni, che hanno già alle spalle alcuni insuccessi in terapie precedenti, che non riescono ad adattarsi al metadone: in pratica proprio quelli generalmente considerati i più "pericolosi" e "violenti".
Proprio su questi pazienti Martin Killias, insieme ad alcuni suoi colleghi dell'Università di Losanna, ha condotto una ricerca relativa al numero di reati commessi da queste persone – furti, rapine, aggressioni, spaccio e quant'altro. I risultati della ricerca sono superiori a qualunque aspettativa: grazie al trattamento a base di eroina si è ottenuta infatti una riduzione dei reati di oltre l'80%. Una cifra elevatissima, di quelle che fanno riflettere. Ne parliamo con Martin Killias, a Parma in occasione del convegno promosso da Forum Droghe su "Saperi ed esperienze nella politica sulle droghe".

Professor Killias, che cosa avete scoperto, in termini di sicurezza, sugli effetti dei trattamenti a base di eroina?

Nella nostra ricerca abbiamo osservato una sostanziale riduzione della criminalità dei tossicodipendenti. Per certi reati come furti, rapine, spaccio, la diminuzione è drastica: 80% e anche oltre. Per altri tipi di reato, come la violenza *fra* tossicodipendenti, la riduzione è risultata poco significativa. Dunque, la diminuzione dei reati è rilevante soprattutto nel campo che concerne il cittadino ordinario. La tossicodipendenza, naturalmente, è in primo luogo un problema dei consumatori, ma tocca anche – direttamente e indirettamente – tante persone che non hanno niente a che fare con la droga, ma che ne pagano il prezzo sul piano della sicurezza pubblica. Per loro, dunque, questo programma terapeutico è risultato particolarmente interessante.

Una critica che viene mossa al trattamento a base di eroina è che questo servirebbe unicamente a soddisfare la domanda di sicurezza da parte dei cittadini, a danno però degli stessi tossicodipendenti…

Se vi fosse danno a carico dei tossicodipendenti, l'obiezione sarebbe sensata. Ma non è così. Bisogna tenere presente che per il 90% dei tossicodipendenti il metadone funziona molto bene, ma c'è un gruppo "estremo" per il quale il metadone non va bene. E per loro bisogna trovare una soluzione.
Sul piano del funzionamento psicosociale della persona vi è stato un miglioramento molto significativo in quasi tutti i tossicodipendenti. Prima di cominciare la terapia i soggetti si trovavano in uno stato pessimo. Dopo essere entrati nel programma di trattamento hanno ritrovato uno stile di vita più o meno accettabile, molti di loro adesso lavorano. Anche sul piano fisico-somatico, il miglioramento è assolutamente ovvio. Non si può sostenere che sul piano individuale il trattamento sia dannoso. Forse bisogna spiegare che l'eroina, anche se rende molto dipendenti, non distrugge il corpo, soprattutto in una condizione di applicazione clinica. Teoricamente si potrebbe continuare

per sempre a somministrare eroina a questa popolazione senza danneggiarne la salute, anche se dobbiamo dire che questo non è mai stato fatto. Ma non penso che vi saranno molte persone che parteciperanno a un programma di questo tipo così a lungo: dopo un certo numero di anni arriva il desiderio di cambiare vita, magari di passare al metadone. D'altra parte, se pensiamo alle condizioni terribili in cui i soggetti in trattamento consumavano l'eroina fuori, con concentrazioni sconosciute, ecco: allora lì i problemi fisici sono molto più ovvii.

Un'altra critica che viene fatta spesso alla sperimentazione condotta in Svizzera è che questa non sarebbe "scientifica". Un'obiezione mossa anche dall'agenzia Onu Incb…

La critica che viene fatta è che questa pratica non sia stata valutata attraverso una sperimentazione "controllata". La sperimentazione controllata è un metodo di ricerca fantastico, che difendo sempre. Noi stessi, nel nostro istituto, abbiamo condotto – contro tante resistenze – sperimentazioni controllate in altri campi di ricerca. Ma non bisogna essere pedanti: ci sono situazioni in cui una sperimentazione controllata non è fattibile ed altre occasioni in cui non è opportuna. Mi spiego: sperimentazione controllata significa che si sceglie due gruppi di trattamento. Per esempio: prendiamo 500 persone, e tiriamo a sorte chi dei 500 sarà nel gruppo di trattamento con eroina, metadone o qualsiasi altro trattamento, e chi invece farà parte del gruppo di controllo. Questo è un metodo scientifico fantastico, ideale perché permette di ignorare tutte le possibili variabili che potrebbero influenzare il risultato del trattamento (dipendenza dall'alcool, psicopatologia nella famiglia o quant'altro). Tutto questo sarà rappresentato nei due gruppi in modo più o meno equilibrato. E dunque, se dopo un periodo di trattamento troveremo una differenza fra i due gruppi, allora questo dipenderà certamente dal tipo di trattamento impartito ai due gruppi. Questo metodo è molto efficace per tutti i tipi di problemi legati alla valutazione di un trattamento, per esempio in medicina. Ma ci sono situazioni in cui non è opportuno procedere così. Per esempio, se vogliamo valutare un nuovo farmaco e, in breve tempo, osserviamo dei danni evidenti – o eventualmente un risultato fatale per il gruppo trattato – allora non vale la pena continuare una ricerca di questo tipo. O, all'opposto, se il trattamento risulta estremamente efficace, se quasi tutti i pazienti hanno immediatamente un beneficio, se il problema è quasi risolto per loro, allora non è necessario né opportuno fare una valutazione sperimentale. In altre parole, gli esperimenti controllati servono a scoprire se un altro metodo – o eventualmente non fare niente – possa essere più efficace per la problematica della popolazione interessata alla sperimentazione. Ma nessuno, finora, ha saputo indicare un metodo più efficace per ridurre la criminalità dei tossicodipendenti.

La sua ricerca ha riscontrato anche un calo della cosiddetta "vittimizzazione", ossia del numero dei reati *subiti* dai tossicodipendenti…

Sì, anche questo fenomeno è molto diminuito sotto l'effetto della somministrazione. È un aspetto importante della loro qualità della vita, perché essi non sono solo autori ma anche vittime di molti reati.

A suo giudizio, il modello di trattamento sperimentato in Svizzera è esportabile in altri paesi?

Penso di sì, ma è necessaria una certa prudenza. Soprattutto, bisogna capire che non si tratta di liberalizzare la droga. In Svizzera sono stati appositamente creati centri specializzati. Diversamente, sarebbe certamente un disastro. Bisogna anche curare la formazione degli operatori che sappiano come comportarsi, che abbiano esperienza con un programma di metadone. Mi sembrerebbe difficile cominciare con l'eroina in un paese dove non ci sia già un'esperienza consolidata sull'uso del metadone.

Da: Fuoriluogo, marzo 2001

DROGHE
SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA

Se l'eroina cura

Il successo svizzero, gli inconvenienti della medicalizzazione. Perché non esistono soltanto i consumatori "problematici"

Freek Polak*

La prescrizione controllata di eroina a soggetti in stato di dipendenza cronica è un importante passo avanti nella politica delle droghe nel contesto della «medicalizzazione» della tossicodipendenza. È una misura di riduzione del danno, all'inizio oggetto di controversia, ma che in seguito si è dimostrata efficace ed ha convinto molti che in precedenza erano contrari ad ogni forma di liberalizzazione. In Olanda la politica svizzera ha suscitato ammirazione e al tempo stesso invidia. Tuttavia non dobbiamo nasconderci i punti deboli della medicalizzazione e della prescrizione di eroina solo perché siamo soddisfatti che la politica delle droghe si stia muovendo nella giusta direzione.

Rimedi alla proibizione

Certamente il progetto svizzero sull'eroina ha avuto un enorme successo (oserei dire un successo «totale») ed assolve una importante funzione nel contesto europeo e mondiale di ricerca di nuove strategie politiche sulla droga. Tuttavia non dobbiamo dimenticare che la prescrizione di eroina è un *prodotto del proibizionismo.* Se esistesse un sistema più ragionevole per regolare il mercato della droga, non ci sarebbe necessità di una distribuzione sotto controllo medico.

La prescrizione medica non potrà mai coprire completamente la domanda di droghe. Solo i consumatori più problematici sono accettati nei programmi. La domanda dei consumatori più controllati, che usano la droga a fine ricreativo, non potrà mai essere soddisfatta né dai medici né dai servizi pubblici. Quest'aspetto del problema può avere risposta solo nell'ambito di una politica coerente e complessiva, non circoscritta solo agli aspetti di interesse medico del consumo.

Oggi si discute ampiamente dei risultati della sperimentazione svizzera e di altri progetti di ricerca simili. Considero però inaccettabile la discrepanza fra politiche repressive e liberali rispetto alla valutazione scientifica. È ovvio che le nuove strategie di riduzione del danno debbano essere giudicate dalla comunità scientifica per essere accettate dall'opinione pubblica, dai politici e dalle agenzie internazionali: ciò significa che la ricerca deve essere condotta secondo gli standard scientifici più rigorosi. Ma nel frattempo le strategie repressive sfuggono del tutto a qualsiasi verifica scientifica. Anche quando si hanno a disposizione i dati, questi sono usati spesso in modo assai discutibile. Abitualmente i rapporti ufficiali considerano il numero degli arresti e delle incarcerazioni per droga come un sintomo della serietà del problema droga e non come una *conseguenza della proibizione.*

Per l'assemblea generale dell'Onu sulle droghe del giugno '98 era stata all'inizio prevista una valutazione delle politiche internazionali negli ultimi dieci anni, ma è poi scomparsa dall'agenda dei lavori.

Nuove misure repressive sono regolarmente introdotte senza nessuna seria valutazione, mentre, quando si parla della distribuzione di eroina, tutti sono d'accordo che l'unico disegno di ricerca utile sia quello clinico-farmaceutico. Ma questo tipo di ricerca, appropriato quando si tratta di testare nuove sostanze terapeutiche, ha un valore limitato per l'eroina, perché questa non è una nuova sostanza. I soggetti che hanno partecipato alla ricerca si sono iniettati o hanno fumato l'eroina per anni, e in un contesto di gran lunga peggiore. Uno degli svantaggi del modello della sperimentazione clinica nella ricerca sull'eroina è la creazione di un nuovo modello artificiale di consumo: ciò che viene studiato è di conseguenza questo modello artificiale. Il risultato più importante sarà probabilmente che l'opinione pubblica e i politici si abitueranno all'idea di fornire l'eroina ai tossicodipendenti che versano nelle condizioni fisiche e mentali più precarie, visto che

questi, invece di morire, ne traggono giovamento. Il limite, come ho accennato, è che si discute di distribuzione di eroina unicamente all'interno del paradigma del trattamento medico, in risposta all'uso compulsivo di eroina come manifestazione di un disturbo cronico o ricorrente. Perché invece non prendere in considerazione il punto di vista di *tutti i consumatori*, quelli occasionali e quelli che la usano frequentemente, più o meno problematici, con maggiore o minare autocontrollo?

Responsabilità politiche

Dal punto di vista dei consumatori la questione centrale è quella del controllo. Ciò che veramente interessa sapere è come si possono eliminare le restrizioni legali sul commercio e il consumo di droga in modo da far sì che il controllo interno personale e le norme informali di gruppo e sociali sostituiscano il controllo esterno legale. Occorre stimolare questo processo, per stabilire il minimo controllo esterno necessario ai fini di un nuovo sistema di regolamentazione. È ovvio che gli attuali progetti di ricerca sull'eroina, basati sull'approccio clinico farmaceutico, non possono fornire queste informazioni. A tal fine non sono utili ricerche di tipo medico bensì sociale, e c'è da augurarsi che, in un futuro prossimo, queste ultime prendano finalmente piede.

Un'ultima osservazione. La ricerca svizzera sulla prescrizione medica di eroina è stata sicuramente importante, ma dobbiamo ringraziare anche gli uomini e le donne che in tutto il mondo hanno condotto studi descrittivi su piccola scala, essenziali per aprire la strada ai progetti attuali di riduzione del danno. Il simbolo di questi ricercatori è lo psichiatra inglese John Marks, che insieme ad altri ha svolto un lavoro importante sui trattamenti a mantenimento con oppiacei. Le pubblicazioni di John Marks sono state accusate di non soddisfare pienamente gli standard scientifici. Ma il progresso non è salo il risultato di studi su larga scala. Quando i risultati di studi più limitati sono incoraggianti, dovrebbero essere le istituzioni più importanti e, se necessario, i governi a sviluppare quella linea di ricerca. Ma la gran parte dei governi non seguono questa politica, oppure nel migliore dei casi procedono con grande lentezza.

Tornando alla sperimentazione con eroina. Si può ragionevolmente pensare che anche altri governi, ispirandosi al modello di *public health*, avrebbero potuto lanciare questo tipo di ricerca già anni addietro, ma il grande merito degli svizzeri è di averla attuata, tirando dritto per la loro strada. Dovremmo ringraziarli e incoraggiarli ad andare avanti, a dispetto degli attacchi irresponsabili, sferrati all'inizio da alcuni paesi e agenzie internazionali.

*Netherlands Drug Policy Foundation

da *Fuoriluogo*, settembre 1999

GERMANIA
NUOVO CORSO

Eroina medica, nel 2000 la sperimentazione

Parla la tedesca Christa Nickels, “zarina” delle droghe

Uwe Staffler

Il governo «rosso-verde» tedesco si era caratterizzato fin dall'inizio per la svolta liberale in tema di droghe. Nell’accordo di coalizione si stabiliva un approccio «bilanciato», basato «sulla prevenzione e l'aiuto per i tossicodipendenti», concentrando la repressione sul grande traffico. Il ferimento esplicito era ai modelli di Amburgo e Francoforte, le città che da tempo hanno promosso interventi di riduzione del danno. Nel programma di governo era anche previsto di dar seguito ad una iniziativa legislativa del *Bundesrat* (Camera delle Regioni), per dare base legale certa ai programmi con metadone e alla sperimentazione con eroina, sull'esempio svizzero.
A distanza di quasi un anno dall'insediamento del governo Schroeder abbiamo chiesto a Christa Nickels, esponente dei Verdi e sottosegretaria di Stato con delega sulla politica delle droghe, un primo bilancio.

Il vostro programma di governo è impegnativo. Si tratta solo di promesse o state cominciando finalmente a passare ai fatti?

L'11 luglio scorso il Consiglio dei ministri ha presentato il progetto di legge per dare base giuridica alle *safe injection rooms* (1ocali sanitari dove i consumatori possono iniettarsi le sostanze in condizioni di sicurezza). Il provvedimento prevede una regolamentazione sanitaria e giuridica di massima, delegando alle Regioni la facoltà di istituirle. È un primo passo significativo.

L'impressione però è che stiate procedendo lentamente. Alla fine del '98 la ministra della sanità Andrea Fisher aveva annunciato di voler procedere alla sperimentazione con eroina ma, dopo quasi un anno, non siete ancora passati alla realizzazione...

Credo che i traguardi che ci siamo dati saranno raggiunti, ma non sarebbe utile precipitare inutilmente un processo delicato. Per prima cosa abbiamo dovuto studiare il contesto legislativo che permettesse la sperimentazione. Abbiamo ormai verificato che la somministrazione di eroina può rientrare nel quadro di una sperimentazione clinica, evitando una modifica della legislazione sugli stupefacenti. Neppure le convenzioni internazionali, a parere dei nostri esperti giuridici, sono un impedimento alla sperimentazione. Inoltre un pronunciamento favorevole del Bundesrat di quattro anni fa ci consente ampi margini di azione.

E dopo aver appurato gli aspetti giuridici?

Siamo in fase avanzata di progettazione. Abbiamo deciso di stimolare un processo di coinvolgimento a livello locale, di cinque grandi città (Francoforte, Essen, Dusseldorf, Hannover ed Amburgo) e tre Länder (Renania-Vestfalia, Bassa Sassonia e probabilmente Assia). I costi saranno equamente divisi tra Repubblica Federale e amministrazioni locali, mentre i fondi per la ricerca scientifica saranno stanziati a livello federale. Le sostanze stupefacenti verranno acquistate in Svizzera ed in Olanda. Ovviamente il disegno di ricerca e l'articolazione dei programmi con eroina farà tesoro delle esperienze di questi paesi. La sperimentazione inizierà nel 2000.

È una notizia importante. Manterrete questa scadenza?

Penso di sì, ci sono tutte le premesse.

Passiamo alla legge penale. L'ultimo rapporto ufficiale del '98 ci dice che i consumatori di canapa in Germania sono circa due milioni. Non pensate di legalizzare la canapa, o almeno di depenalizzare il consumo di tutte le droghe?

Io lavoro sulla base dell'accordo di coalizione che segna già un primo importante passaggio da una politica repressiva ad una pragmatica: il tossicodipendente non è più considerato un criminale ma un malato bisognoso di aiuto. Questo richiederà anche uno sforzo per depenalizzare l'uso personale, anche se un progetto del genere deve prima essere concordato con i nostri alleati della coalizione. Nell'accordo non è invece prevista alcuna modifica per la canapa, sull'esempio della regolamentazione olandese dei *coffee shops*. C'è ancora bisogno di un ampio dibattito sul tema, e cercheremo di stimolarlo. Ma non credo proprio che si faranno passi concreti sulla canapa nei prossimi quattro anni.

Vuoi dire che la depenalizzazione del consumo si farà a patto che i socialdemocratici di Schroeder siano d'accordo? Ci sono divergenze nella coalizione rosso-verde sulla politica delle droghe?

La Spd non sempre condivide le nostre posizioni. Ripeto però che trovo la formulazione adottata nell'accordo di coalizione felice e rispettosa degli interventi più urgenti da compiere. Noto poi con piacere che tanti politici, soprattutto giovani, della Cdu (i cristiano-democratici), cominciano ad avvicinarsi alla riduzione del danno senza ideologismi. In futuro potranno essere validissimi partners, ed è positivo perché il tema droghe non deve restare un problema di schieramenti e lotta politica! Ho anche la netta sensazione che il quadro internazionale stia gradualmente migliorando. L'ultimo piano d'azione dell'Unione Europa mette l'accento sulla prevenzione ed apre timidamente alla riduzione del danno. Questo concetto qualche mese fa è stato per la prima volta inserito esplicitamente in un trattato internazionale firmato a Panama, dietro nostra pressione. Inoltre i responsabili dell'Osservatorio europeo sulle droghe di Lisbona, che ho recentemente visitato, non vedono negativamente questo nuovo approccio. Facciamo le cose con serietà, senza fretta. I risultati ci daranno regione da soli, ne sono certa.

A proposito di Europa. «Fuoriluogo» ha recentemente lanciato un appello per le elezioni europee, a favore della riduzione del danno, la decriminalizzazione della canapa e la depenalizzazione del consumo personale. Lo condividi?

Condivido il vostro documento e penso sia utile trattare questi temi sempre più in un'ottica europea, pur salvaguardando le autonomie nazionali e locali. È anche fondamentale elaborare metodologie comuni per rilevare i dati. Il confronto su basi scientifiche fra le varie politiche dei paesi dell'Unione Europea diventa cruciale, in un'ottica pragmatica.

da: Fuoriluogo, settembre 1999

Affari di status. Sociale
La via olandese alla riduzione del danno

Peter Cohen

In Olanda l'eroina è usata da una minoranza molto ristretta di cittadini, una situazione analoga ad altre città europee. L'uso di eroina *life time* (almeno una volta nella vita), fra la popolazione olandese dai dodici anni in poi è stimato allo 0,3% nel 1997, e sale allo 0,8% nelle aree metropolitane. Il consumo recente, quello verificatosi negli ultimi trenta giorni, è così raro che non si possono dare stime attendibili, sebbene nella nostra ricerca nazionale del '97 sulla prevalenza dell'uso di droghe si sia usato un campione assai considerevole di popolazione. E nonostante l'eroina sia una costanza a basso livello di tossicità e sicura anche nel consumo di lungo termine, tuttavia essa è considerata, in tutti i paesi europei, una delle droghe più pericolose. Ciò significa che la reattività sociale all'uso dell'eroina è anche più estrema rispetto ad altre sostanze.
Occorre tenere bene in mente questo punto essenziale per capire come mai il consumo di eroina sia diventato il problema sociale del momento; e come mai le sperimentazioni di terapia con eroina a mantenimento siano così difficili da intraprendere e suscitino tante emozioni negative.
Discutendo l'attuale sperimentazione olandese con eroina, cercherò di dimostrare che la collocazione sociale dell'eroina determina le condizioni dell'esperimento, che si spiegano quasi esclusivamente come reazione allo *status* sociale di questa sostanza.

In un mio articolo pubblicato da *Fuoriluogo* lo scorso anno, avevo riportato parte del dibattito parlamentare precedente la sperimentazione olandese, e avevo dato conto brevemente dei criteri di selezione delle persone per l'accesso all'esperimento. A quel tempo la sperimentazione non era ancora iniziata. Attualmente, invece, l'esperimento è in corso ad Amsterdam dal 6 luglio 1998 e a Rotterdam dal 3 agosto dello stesso anno. Ciò significa che circa 25 persone in ciascuna città sono nel gruppo sperimentale con eroina, e che circa 50 – sempre in ogni città – sono nei due gruppi di controllo. Per la precisione: il gruppo di terapia a mantenimento con eroina è confrontato con due gruppi di controllo, e infatti la sperimentazione con eroina prevede tre gruppi di soggetti: il primo con terapia a mantenimento di eroina e metadone combinati per dodici mesi, il secondo con metadone per sei mesi e altri sei mesi con eroina e metadone combinati, il terzo con solo metadone per dodici mesi.
Non è previsto un gruppo con sola eroina. Nel primo rapporto della commissione di ricerca sulla somministrazione di eroina (Ccbh) non ho trovato cenno alle regioni per cui il trattamento con sola eroina ere stato scartato.
L'eroina per via iniettiva non è la modalità di consumo più diffusa. L'eroina è quasi esclusivamente fumata dal 65% del totale della popolazione tossicodipendente, e quasi esclusivamente iniettata dal 15% della stessa (Ccbh 1997). La restante popolazione usa ambedue i metodi. Perciò la sperimentazione olandese deve offrire la possibilità di includere i fumatori di eroina. Circa la metà dei partecipanti al gruppo dell'eroina somministrata, infatti, fuma la sostanza, mentre l'altra metà se la inietta. È permesso passare dall'una all'altra forma di assunzione.
L'eroina destinata a chi partecipa al programma deve essere consumata sul posto. Ciò per prevenire ogni possibilità di «passaggio» dell'eroina legale alla «piazza». Questa misura preventiva ha solo un valore simbolico e politico. Nelle strade di Amsterdam non manca l'eroina di buona qualità, dunque non c'è alcuna richiesta delle piccole quantità di eroina legale che potrebbero venire dalla sperimentazione. Per il metadone non vale questa misura di prevenzione, e ad Amsterdam si può trovare il metadone, legale o illegale, ventiquattr'ore su ventiquattro.
Ad Amsterdam, negli spazi destinati all'esperimento, ci sono locali separati per chi fuma e per chi si inietta l'eroina. Nella stanza degli iniettori si possono trovare mezzi per «bucarsi» nei piedi agevolmente, per chi ha questa usanza. Il medico che segue le sperimentazione può a richiesta

controllare le modalità dell'iniezione. In quasi tutti i casi il medico ha dato suggerimenti per migliorare la tecnica iniettiva (l'igiene delle siringhe, le scelta dei punti e la precisione dell'iniezione). A parere del medico di Amsterdam molte delle complicazioni più comuni fra gli assuntori abituali si sarebbero potute evitare, ce questi fossero stati istruiti sul «buco sicuro» sin da quando hanno cominciato a drogarsi. Senza dubbio la pratica di consumare l'eroina per via iniettiva e i conseguenti danni dell'iniezione sulla strada in condizioni di scarsa igiene, insieme agli effetti dell'incertezza delle dosi per il sistema di distribuzione illegale, sono responsabili del profilo di alta pericolosità dell'eroina. Di per sé, invece, la sostanza è una delle meno tossiche fra quelle conosciute, come ho già detto.

In Europa, gli inglesi hanno conosciuto in passato, dagli anni '20 agli anni '60, un buon sistema di terapia a mantenimento di eroina. Dopo il 1960 questo è crollato perché l'enorme aumento del consumo è stato attribuito a quel sistema. Per di più, fra gli operatori sanitari delle tossicodipendenze vennero in voga i trattamenti finalizzati all'astinenza, obbiettivo che mal si concilia con terapie di mantenimento con droghe di qualsiasi genere. Così, in paesi come la Germania, i trattamenti protratti con metadone sono stati oggetto di controversia fino agli anni '80, e in Francia fino agli anni '90! In Italia la popolarità del metadone fra gli operatori è ancora oggi bassa, sebbene esistano trattamenti con metadone a mantenimento, pur certamente non diffusi in tutto il paese. In Olanda, fino a tutti gli anni '70, hanno dominato i programmi finalizzati all'astinenza, sebbene sul finire degli anni '60 già si trovassero ad Amsterdam trattamenti sperimentali con metadone. Dalla fine degli anni '70 la terapia metadonica a mantenimento è diventata in Olanda il trattamento più diffuso per i forti consumatori di oppiacei, con una grande diversificazione di regimi. Questi vanno da una distribuzione molto rigida, punitiva e controllata, a una più libera con la possibilità di portarsi a casa la sostanza. Ci sono regimi in cui si giudica negativamente l'uso di eroina in aggiunta al metadone, e ciò può essere motivo di esclusione dalla prescrizione di metadone; ce ne cono altri in cui il consumo di eroina (e di altre droghe) in aggiunta al metadone è considerato del tutto naturale e non comporta alcuna conseguenza. Se la somministrazione di metadone è fatta in modo tale da risultare abbastanza attraente per i potenziali utenti, essa permette al sistema sanitario di monitorare la salute dei consumatori, mantenendo un rapporto con loro. Essa ha anche il vantaggio di diminuire la dipendenza degli utenti dal mercato illegale, anche se aumenta la loro dipendenza dalla burocrazia sanitaria del metadone legale. L’offerta costante di metadone può essere una fonte di sicurezza per chi vuole continuare ad usare oppiacei in un contesto culturale in cui gli oppiacei sono illegali. In una parola il metadone dà la possibilità di neutralizzare entro certi limiti gli effetti dello *status* illegale delle droghe sui consumatori.

In un sistema di trattamenti che si fondi su una cultura di esecrazione dell’uso di oppiacei, socialmente rappresentato come un comportamento estremamente deviante, la terapia di metadone o di eroina a mantenimento è destinata a non avere corso. Il consumatore di oppiacei soffrirà all’estremo le conseguenze della scelta di usare droghe illegali, e se queste sono la morte, l'*overdose*, le malattie e i frequenti ingressi in carcere, esse riconfermeranno le ragioni per cui in quella cultura quelle droghe sono così esecrate. Questa è la cultura del «danno» che si autoalimenta e si autoavvera. L’uso delle droghe è «male» ed è pericoloso, dunque creiamo e manteniamo tutta le condizioni per riaffermare questa verità. All’opposta si può trovare una cultura dei servizi consapevole che alcuni dei danni del consumo di droghe sono una costruzione del loro *status* sociale. Se il consumo di droga ha uno *status* sociale molto basso ed è represso da una pesante disapprovazione sociale e dall'azione di polizia, i consumatori di droga rapidamente assumono 1’identità di devianti conformandosi alla repressione. E la loro iniziale devianza, la ragione per cui in primo luogo scelgono di consumare droga, è di gran lunga rinforzata dalle reazioni sociali alla loro scelta.
La riduzione del danno nel campo delle droghe illegali pratica viceversa una politica dei trattamenti

sociosanitari che cerca di neutralizzare al massimo gli effetti negativi della repressione del consumo di droga. Per raggiungere questo obbiettivo c'è bisogno di un alto livello di «sofisticazione» sociale, medica e scientifica.

Non esiste un metodo di riduzione del danno. La riduzione del danno è l'analisi accurata di come il contesto sociale in un *luogo* particolare (Milano, Canicattì) crei i particolari danni alle persone. E poiché le persone sono diverse, la riduzione del danno per Giovanni non può essere uguale a quella per Patrizia. Ciò significa che in una cultura seria dei servizi ispirata alla riduzione del danno sarà naturale creare un sistema diversificato di trattamenti e di opzioni. In questa cultura dei servizi trova posto non solo la terapia a mantenimento di metadone, ma anche quella di anfetamine, come avviene in Inghilterra, o quella di eroina come in Svizzera e in Olanda. E in un sistema che funzioni il trattamento protratto è solo una delle possibilità offerte. Dovrebbero essere disponibili anche tutte le forme di supporto sociale ed economico, per modellare la riduzione del danno sui bisogni particolari degli utenti.
La domanda principale da porsi è questa: come possiamo sostenere le persone affinché sviluppino le energie necessarie a neutralizzare gli effetti debilitanti e distruttivi del basso *status* sociale del loro comportamento? In generale la società vuole procurare a questi individui il maggior danno possibile, facendo sì che l'eroina sia difficile da reperire e costosa e che la loro posizione sociale sia infima. Quella stessa società crea poi le istituzioni che cercano di rimediare a tutto ciò. Perciò le politiche di riduzione del danno sono *sempre ambivalenti*, e devono continuamente lottare per darsi un fondamento e per la loro stessa esistenza. E più un sistema di trattamenti è burocratizzato e centralizzato, più sarà incapace di soddisfare la domanda implicita di diversificazione. L'esempio più triste è il sistema statunitense, che non a caso non è sopravvissuto.

Come inquadrare la distribuzione di eroina in Olanda in questo momento? Da quando è stato creato un sistema esteso di trattamenti con metadone a lunga termine, di facile accesso, in Olanda si può acquistare sulla strada eroina a prezzi bassi, di qualità stabile e abbastanza buona. Non abbiamo indizi per ritenere che i consumi di eroina siano in aumento, ci sono invece segni sicuri che il prezzo dell'eroina si mantenga costantemente stabile e ciò è ormai dato per scontato. I consumatori sono in grado di acquistare l'eroina, e i tentativi della polizia di rendere inaccessibile la sostanza o quanto meno più difficilmente reperibile, sono considerati vani o controproducenti. In questo clima dove si possono ottenere facilmente trattamenti metadonici a lungo termine in cui il numero dei consumatori non è in crescita e si accetta di fatto che l'eroina illegale sia reperibile a basso costo, la terapia a mantenimento di eroina è diventata un'opzione. È diventato possibile pensarla e renderla operativa nell'ambito di un processo di diversificazione dei trattamenti, in una cultura dei servizi mirata alla riduzione del danno: una riduzione del danno che convive con una cultura di minore esecrazione delle droghe rispetto agli anni '70.
Tuttavia non è facile identificare quale danno si intenda ridurre! La somministrazione di eroina riduce di più i danni o riduce danni diversi rispetto ai metadone? Per quanto possa sorprendere, non si è fatto alcun serio tentativo in Olanda per valutare gli effetti dei diversi regimi di trattamento metadonico. Non sappiamo per quali persone esso funzioni, per quali invece non funzioni o funzioni poco, e non ne conosciamo le ragioni. Sappiamo solo che alcune persone entrano in trattamento e ci rimangano, altre invece entrano e poi se ne vanno, e così via. Comunque la terapia metadonica protratta è diventata una *routine* tale da renderla «poco eccitante». C'è dunque spazio per qualcosa di nuovo. E il nuovo porterà in campo nuovi principi, nuove pratiche e un nuovo spirito.
Uno dei medici che ho intervistato sulla somministrazione controllata di eroina mi ha detto: «Avremmo dovuto farla venti anni fa, allora sì che sarebbe stata davvero utile!».

da: *Fuoriluogo*, marzo 1999

Svizzera: regolamentata l'eroina si discute della cannabis

Matteo Ferrari*

All’inizio di ottobre, il Parlamento svizzero ha adottato un decreto che regolamenta la prescrizione medica di eroina. Dato il clamore che ha accompagnato le esperienze svizzere in materia è opportuno illustrare il contenuto di questo atto legislativo e ricordare in quale strategia politica si inserisce.

All'inizio degli anni Novanta aveva fatto scalpore la notizia che, a causa di un marcato immiserimento di una importante fascia di persone tossicodipendenti, la Confederazione intendeva sperimentare l'uso medico di eroina. L'utilizzo di stupefacenti in trattamenti sostitutivi non era una novità. Accanto al metadone in Svizzera venivano già usati almeno un'altra decina di stupefacenti. Siccome l'eroina è invece un farmaco di cui la legislazione svizzera vieta ogni uso medico, si è optato per una sperimentazione sulla base di protocolli di ricerca validati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Nel luglio del 1997 un rapporto descriveva l'esito positivo di tre anni di sperimentazione. Gli eccellenti risultati furono ricondotti al fatto che i programmi prevedevano non solo l'utilizzo di un nuovo farmaco – l'eroina – ma lo inserivano in un articolato sostegno psicosociale.

Nel settembre 1997 il popolo svizzero respinse in modo netto (71% di “No”) un'iniziativa che intendeva iscrivere nella Costituzione il divieto assoluto di uso di eroina, nonché la rinuncia a ogni forma di legalizzazione degli stupefacenti. Il governo svizzero, leggendo questo chiaro “No” come un sostegno alla sua politica, presentò allora un disegno di legge in merito all'uso medico di eroina. Il progetto, dopo aver raccolto il favore dei governi cantonali, non ha incontrato ostacoli alle camere federali (l'unica discussione si è avuta sulla clausola dell'urgenza, dapprima negata in uno dei due rami del Parlamento e poi concessa il giorno successivo).

Questo decreto, recentemente entrato in vigore, mantiene il principio del divieto di uso medico di eroina. Questo farmaco non viene quindi inserito fra le terapie ordinarie e tanto meno diviene accessibile al singolo medico. A particolari condizioni, legate soprattutto alla tipologia dei destinatari e alle strutture utilizzate, i Cantoni possono però richiedere al governo centrale una deroga al divieto generale. Per una casistica che si ritiene possa estendersi sino a includere circa il 10% delle persone dipendenti da oppiacei, sarà dunque possibile utilizzare l'eroina quale agente terapeutico. Questi programmi devono comprendere sin dall'inizio un sostegno psicosociale e venire eseguiti sotto la responsabilità congiunta di medici e operatori sociali.

Ma qual è il contesto più generale dell'attuale politica svizzera in materia di droga? A fine novembre, il popolo svizzero dovrà esprimersi su di una seconda iniziativa popolare, denominata “DroLeg”, che intende liberalizzare il commercio e l'uso di qualsiasi stupefacente. Una tale opzione viene rifiutata dalle autorità in quanto ritenuta non realista e pericolosa. La via propugnata dalla Confederazione è più articolata. Una volta superato quest'ultimo scoglio, si intende infatti presentare un disegno di legge sulla prevenzione e sull'aiuto alle persone con problemi di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali. La prevenzione e la presa a carico verranno così scisse dallo statuto legale di sostanze specifiche, anche in virtù della generalizzazione della poli-tossicodipendenza, che vede spesso alcool e psicofarmaci accompagnarsi a sostanze illegali.

Una terza via, dunque, né proibizionista né liberalizzatrice. Certamente proseguirà la repressione del traffico illecito, probabilmente si depenalizzeranno il consumo ed i suoi atti preparatori. Ci si sta quindi orientando verso un regime di “accessibilità controllata”, nel quale le sostanze saranno più o meno disponibili a seconda della loro effettiva pericolosità sociosanitaria. Di fatto, già oggi si conosce tale regime: tabacco e alcool sono droghe facilmente accessibili, mentre gli psicofarmaci

necessitano di una prescrizione medica e per il metadone vige un regime speciale, rafforzato nel caso dell'eroina.
Insomma, le nostre società conoscono già oggi la necessità di equilibri sociali e sanitari nei confronti non solo dell'uso e abuso di sostanze, ma addirittura di comportamenti: si pensi ai disturbi dell'alimentazione quali anoressia e bulimia, alla mania del gioco o ai più recenti fenomeni di dipendenza da lavoro, pornografia o computer.
Tutto tranquillo allora? Non ancora. Prima di una riforma del diritto federale sarà inevitabile una decisione di fondo sulla canapa. Sostanza dalla bassa pericolosità sociosanitaria (tranne che nell'adolescenza), a tutt'oggi illegale in Svizzera eppure sempre più coltivata e consumata da giovani e meno giovani. Di fatto, le autorità ne devono oggi tollerare la vendita in circa 140 negozi, diffusi ovunque e denominati “canapai”. Se negli anni scorsi in Svizzera vi è stato un dibattito socio-sanitario sull'eroina, l'anno prossimo sarà inevitabile una discussione socio-culturale sulla canapa.

*Divisione della salute pubblica, Svizzera

da: *Fuoriluogo*, novembre 1998

Somministrazione di eroina: anche la Spagna vuole sperimentare

José Luis Díez Ripollés*

Le politiche di riduzione del danno, inizialmente viste come un cedimento nell'ambito della scelta repressiva, si sono progressivamente configurate come una opzione di razionalizzazione intermedia e limitata della attuale politica delle droghe, che non deve essere sottovalutata. Da un lato, evitano la contrapposizione frontale con la scelta proibizionista, dato che non mettono in questione l'attuale modello che prevede in ogni caso la punizione del traffico di droghe. Dall'altro, prendono atto del fallimento del proibizionismo nel raggiungere l'obiettivo principale, che è quello di ridurre o eliminare il consumo, e riconoscono gli enormi danni che la scelta repressiva indirettamente causa alla salute. Sostanzialmente, dato che si propongono come obiettivo primario la riduzione dei danni alla salute dei consumatori, consentono di elaborare vere e proprie politiche alternative parziali, non sempre prive di contraddizioni, alla politica repressiva.
Tra queste politiche di riduzione del danno, accanto a quelle già affermate, come i programmi di distribuzione di metadone per via orale o di distribuzione di siringhe sterili a consumatori di oppiacei, sono venute ad aggiungersi recentemente in Gran Bretagna, Paesi Bassi e Svizzera esperimenti di distribuzione controllata di eroina a tossicodipendenti.

LA LEGGE SPAGNOLA CONSENTE LA SOMMINISTRAZIONE

Nonostante la Spagna abbia adottato molto presto politiche di riduzione del danno, solamente nel 1997 si è discusso seriamente in Andalusia, dopo un analogo tentativo in Catalogna tre anni fa, un progetto di distribuzione controllata di eroina nel quadro di un programma di disintossicazione. L'iniziativa, che si trova attualmente in attesa delle ultime autorizzazioni per essere avviata, è stata elaborata in due fasi distinte.
In una prima fase, è stato redatto uno studio giuridico per valutare se e in quale misura lo sviluppo di un programma che rispondesse a tali fini potesse violare norme legali, in particolar modo penali, vigenti nell'attuale ordinamento giuridico spagnolo. Ritengo interessante il ragionamento seguito per giungere alla conclusione che tale programma, a condizione che possieda determinate caratteristiche, è da considerarsi perfettamente lecito.
A tal fine si sono analizzati due criteri interpretativi della giurisprudenza spagnola, oggi largamente accettati, e che riflettono senza dubbio lo sforzo compiuto da chi applica la norma di diritto per evitare alcune delle conseguenze inammissibili che derivano dall'amplissima gamma di pene che puniscono il traffico di droghe; è bene precisare che il consumo e il possesso a fini di consumo personale non sono sanzionati dal codice penale spagnolo, tuttavia, il consumo in pubblico e il possesso “illecito” sono colpiti da pene amministrative. Il primo criterio contempla l'impunità del cosiddetto «procacciamento per consumo condiviso», ossia il caso di chi compra una quantità di droga che viene poi consumata da un gruppo di persone, tra le quali si trovi l'acquirente stesso. Il secondo criterio permette di non punire «la donazione di droghe a tossicodipendenti se effettuata da persone a questi vicine per vincoli affettivi, di parentela o di amicizia», sempre che tale donazione tenda a disassuefare o miri a evitare i danni e i rischi derivanti da una crisi di astinenza. In entrambi i casi si stabiliscono una serie di requisiti che hanno come fine comune di garantire che non si metta a repentaglio la salute pubblica dato che non esiste la possibilità di promuovere, favorire o facilitare indiscriminatamente il consumo di terzi.
Partendo da questi presupposti, lo studio giunge alla conclusione che la somministrazione di eroina a tossicodipendenti, nel quadro di un trattamento di disintossicazione, non si configura come traffico di droghe secondo l'art. 368 del codice penale, posto che non rappresenta una minaccia alla salute pubblica: e ciò perché la droga non viene messa a disposizione di un numero indeterminato e fungibile di persone, ma solamente a cittadini ben determinati dei quali si desidera facilitare la

riabilitazione. Per raggiungere tale presupposto, tuttavia, si dovrà verificare che i destinatari del programma siano tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma, che la droga sia somministrata direttamente e per un consumo immediato nei centri di somministrazione e, infine, che ciò avvenga nel quadro di un trattamento di disintossicazione messo in opera da operatori aventi adeguate qualificazioni professionali.
In ogni caso, il fatto che esista anche della giurisprudenza minoritaria che non si conforma all'indirizzo su indicato, nonché il fatto che il programma non corrisponda perfettamente a tali situazioni, ha spinto gli estensori dello studio a cercare anche altre argomentazioni giuridiche. Infatti, anche se si volesse considerare che il programma rientra fra le condotte illecite in base al già citato art. 368, resta pur sempre la considerazione che lo stesso deve essere considerato lecito in virtù del legittimo esercizio di una professione medico-sanitaria consacrato nell'art. 20, comma 7 del codice penale. A favore di tale interpretazione gioca il fatto che l'uso di stupefacenti per il trattamento di disintossicazione di tossicomani non solo non è proibito in maniera generalizzata dalla legge spagnola, ma è stato riconosciuto espressamente sin dal 1983 in relazione all'uso del metadone; d'altro canto la legge spagnola non ostacola l'uso di eroina a fini di ricerca medica e scientifica, ivi inclusi gli esperimenti clinici (si vedano gli articoli 2.2 della legge 17/1967; 59 della legge 25/1990*;* 1,3,6.5 e 10.6 della legge 14/86 general de Sanidad). Infine, esistono interessi sanitari e sociali, riferiti a eroinomani in stato avanzato di decadimento psicofisico, che sono di importanza tale da prevalere sull'obiettivo di evitare la nocività inerente al consumo di eroina.

MIGLIORARE LA SALUTE E INTEGRARE SOCIALMENTE

La seconda fase è consistita nell'elaborazione di un programma di ricerca clinica su di un prodotto in fase di sperimentazione, la diacetilmorfina o eroina, e finalizzato ad analizzare l'efficacia terapeutica dell'eroina somministrata per iniezione comparata con il metadone somministrato per via orale. Più concretamente, il quesito cui intende rispondere la ricerca è il seguente: un programma di mantenimento basato sull'eroina somministrata per via intravenosa è più efficace del metadone nel miglioramento della salute fisica e mentale, nonché nell'integrazione sociale dei consumatori di eroina che hanno già seguito con insuccesso almeno due tentativi di disintossicazione?
La ricerca è giustificata, da un lato, dalla constatazione che i programmi di somministrazione di metadone non hanno alcun successo con una buona parte dei tossicomani, circa un 30%, e che questi non ricevono successivamente alcun trattamento efficace; dall'altro, dal fatto che l'esperienza sviluppata in altri Paesi ha mostrato che l'uso terapeutico di eroina per stabilizzare tossicodipendenti che non rispondono ad altri trattamenti migliora la loro salute fisica e mentale, riduce l'uso di altre droghe illegali e diminuisce la criminalità associata all'uso illegale di droghe. A ciò si aggiungono alcuni risultati scientifici che provano che l'eroina ha minori effetti nocivi per la salute degli eroinomani rispetto ad altri sostitutivi, come morfina e metadone.

CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

Per lo sviluppo della ricerca si conterà con un campione costituito da volontari, con età superiore ai 20 anni, con un passato di dipendenza dall'eroina per via intravenosa superiore ai due anni, adusi a una o più somministrazioni giornaliere per via intravenosa, e che hanno seguito senza successo almeno due trattamenti di disintossicazione in centri riconosciuti. In casi eccezionali, verranno ammessi pazienti le cui condizioni fisiche, psichiche o sociali impediscano il loro inserimento in altri programmi di recupero. Verranno comunque esclusi coloro che si trovino già inseriti in un qualche altro programma, siano ammalati in fase terminale (6 mesi di vita), siano impossibilitati a muoversi liberamente per il centro o siano donne incinte. Il reclutamento, che sarà progressivo e dovrà concludersi in un termine di due mesi, si realizzerà per le strade, con l'aiuto di associazioni che operino nel mondo della tossicomania o attraverso i centri provinciali di tossicodipendenza.
Saranno realizzati due centri di somministrazione, uno a Granada e l'altro ad Algeciras. In entrambi si costituiranno due gruppi di 75 persone; uno riceverà eroina iniettata e l'altro metadone per via

orale, portando quindi il totale a 150 persone in cura. L'assegnazione a un gruppo o l'altro sarà casuale, ma non cieca, il che significa che sia il gruppo di ricercatori che il paziente conosceranno questa distribuzione. La durata del trattamento sarà di un anno, con valutazioni dopo tre, sei e dodici mesi e possibilità di proroga per un altro anno se si saranno verificati risultati positivi. A un primo periodo di inserimento di due settimane, seguirà una fase di determinazione delle dosi, la cui durata si valuta da sette a dieci giorni, infine, inizierà il trattamento varo e proprio per un anno, durante il quale verranno somministrate le sostanze. Si prevede che la dose media di eroina sarà di circa 400 mg giornalieri, iniettata in due o quattro riprese. Nel caso del metadone in compresse si useranno le dosi abituali di circa 80 mg (con variazione possibile di 20 mg in più o in meno). Il trattamento verrà interrotto in via provvisoria o definitiva in caso di violenze fisiche o verbali, se si verificheranno episodi di traffico nel centro o nelle sue vicinanze, o se si verificheranno intossicazioni ripetute attribuibili a consumi esterni.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La verifica dei progressi della salute si farà secondo i seguenti parametri: miglioramento nel peso della persona, miglioramento della salute in generale, miglioramento dei sintomi depressivi e dell'ansietà, riduzione dei casi di contagio da Hiv, epatite B, epatite C, sifilide e di focolai di tubercolosi.

I progressi nella riduzione del danno si valuteranno secondo queste misure: riduzione del consumo di eroina e di altre droghe illegali, minor consumo di ansiolitici-ipnotici, riduzione dell'abitudine di condividere l'uso di siringhe e maggior uso di preservativi nei contatti sessuali, accettazione di programmi di cura della tubercolosi e di vaccinazione contro l'epatite B, percentuale di pazienti che seguono con costanza il programma di eroina iniettata/metadone, riduzione del numero di ricoveri in pronto soccorso o in ospedali, riduzione dell'indice di gravità della dipendenza.

I progressi nell'integrazione sociale si determineranno a partire dai seguenti riscontri: riduzione degli arresti giudiziari, riduzione delle residenze saltuarie, aumento dei contatti con le famiglie di origine e con persone estranee al mondo della droga, conseguimento di documenti personali regolari, aumento del numero di persone che svolgono attività ricreative nel tempo libero.

I centri disporranno ciascuno di due *équipe* di intervento suddivise su due turni, ognuna formata da un medico, due infermieri, un assistente sociale e una guardia giurata; inoltre vi sarà una *équipe* di valutazione. Le *équipe* di intervento saranno quindi disponibili dalle 10 alle 19, per sette giorni alla settimana.

Al momento attuale, questo programma ha già ottenuto il parere favorevole del Comitato Etico di ricerca clinica degli ospedali di Granada e Algeciras; manca soltanto l'autorizzazione definitiva che, dato il carattere di ricerca clinica, deve essere concessa dalla Direzione generale di farmacia e prodotti sanitari, che dipende dal Ministero della Sanità.

Il Comitato Andaluso per la droga dispone già dei fondi necessari alla realizzazione del programma, che si vorrebbe iniziasse a operare verso agosto-settembre del 1998.

Su questo programma pende però la minaccia, ancora non confermata, che l'imminente valutazione positiva da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità del programma sperimentale sviluppato dalla Svizzera, non venga accolta pienamente dall'organismo per gli stupefacenti delle Nazioni Unite; il che potrebbe dar luogo, si teme, a pressioni sul ministero della Sanità spagnolo, affinché rifiuti la necessaria autorizzazione.

Confidiamo che tali pressioni non vengano esercitate o, qualora avvenissero, che non vengano tenute in considerazione dalla Direzione generale di farmacia e prodotti sanitari, cui va dato atto di avere, negli ultimi tempi, mantenuto un atteggiamento disponibile nei confronti di ricerche cliniche innovative nell'ambito della dipendenza da droga.

*Direttore Istituto di Criminologia, Università di Malaga, Spagna

da: *Fuoriluogo*, giugno 1998

Eroina sotto controllo medico: l’Emilia Romagna sollecita il governo

Valerio Bianchi

In un dibattito paralizzato da veti politici e ostaggio di disinformazioni e campagne ideologiche, qual è quello sulle droghe e sulle tossicodipendenze in Italia, le affermazioni espresse dal procuratore generale della Cassazione Ferdinando Galli Fonseca, possibiliste circa la somministrazione controllata di eroina, sono apparse “rivoluzionarie” e hanno determinato violente reazioni. Eppure, si trattava di semplici ipotesi sperimentali e di obiettive constatazioni del fallimento delle attuali strategie e leggi proibizioniste, incentrate sulla repressione. Ma, al di là delle polemiche politiche, la strada è operativamente percorribile in Italia? Ne abbiamo parlato con Gianluca Borghi, assessore alle politiche sociali dell'Emilia Romagna, Regione che ha approvato un ordine del giorno sulla somministrazione controllata di eroina.

Le dichiarazioni di Ferdinando Galli Fonseca hanno riaperto un dibattito sulle tossicodipendenze, in Italia spesso caratterizzato da schematismi ideologici e da contrapposizione tra le parti politiche. Qual è la sua valutazione sul merito e sull'opportunità dell'intervento del procuratore generale?

Ce n'era bisogno, purtroppo. Perché nel nostro Paese, troppo spesso, la politica ha fatto della tossicodipendenza un terreno di conquista, di scontro, di confronto quasi solo ideologico. L'intervento del procuratore della Cassazione è certamente utile e credo ne vada interamente colta anche la carica di sollecitazione verso le istituzioni.

Cosa è accaduto in Emilia Romagna dopo questo intervento?

Il dibattito è stato molto ampio e, anche in questo caso, si sono riprodotte posizioni e schieramenti che avevamo visto già in altre occasioni. Quanto è accaduto in Consiglio regionale con la discussione e successiva approvazione, dell'ordine del giorno presentato dalla maggioranza sulla somministrazione controllata di eroina, ha costituito un momento importante, alto, di dibattito.

Come si è arrivati a questa approvazione?

Prima di tutto è importante chiarire una cosa: l'Emilia Romagna ha approvato nel 1996 una direttiva sulla riduzione del danno; un atto amministrativo cogente, da applicare e applicato nei servizi pubblici. Noi non partiamo quindi da oggi: abbiamo alle spalle non soltanto un impegno politico, o un’enunciazione, ma un atto amministrativo importante e di indirizzo a tutti i servizi. Da allora, hanno trovato particolare stimolo le iniziative sulla riduzione del danno, che riguardano non soltanto i servizi pubblici ma che – nel sistema integrato che abbiamo costruito – vedono comunque un confronto anche con il privato sociale.

Quali sono i servizi offerti dalla Regione?

Sono attive unità mobili in molte città. Proprio pochi giorni fa, sono stato a Ravenna a vedere da vicino l'esperienza straordinaria avviata dell’unità mobile attivata dall'Usl di quella provincia con la collaborazione di tutti i Sert: basti dire che, nel corso del 1997, questo servizio ha avuto tremila contatti con persone tossicodipendenti. Sono esperienze operative che impongono la necessità di continuare, di insistere, di affinare sempre più anche le politiche di riduzione del danno; le quali, ovviamente, non esauriscono da sole tutto lo spettro di azioni che questa Regione fa, ma che, certo

sono importanti. Abbiamo istituito centri di ritrovo per tossicodipendenti “storici”; abbassato la soglia di tutti i nostri servizi; svolto azioni all'interno del carcere (come Regione, abbiamo sottoscritto un protocollo d'intesa con il ministro Flick lo scorso 4 marzo); destinato risorse economiche per i tossicodipendenti che hanno necessità particolari. Infine, c'è questa risoluzione del Consiglio regionale sulla somministrazione controllata di eroina.

Quali sono le linee guida e gli obiettivi della risoluzione?

Noi siamo ben consapevoli di non poter, allo stato, attuare una tale sperimentazione. Abbiamo però voluto inserirci propositivamente in questo dibattito, assieme ad altre Regioni, come Lazio, Toscana e Sicilia, dichiarando un'attenzione e una disponibilità, sulla base anche di valutazioni tecniche e scientifiche, a mio avviso molto significative; come, ad esempio, il seminario organizzato dalla Regione con il dott. Philippe Lemann, responsabile per il governo della Confederazione elvetica del progetto di somministrazione controllata di eroina. Ciò detto, la nostra Regione, come del resto qualsiasi altra, non può iniziare a fare alcunché senza che il governo introduca l’eroina nell’elenco delle sostanze di cui è ammessa la sperimentabilità. Se questo dovesse accadere (e questo abbiamo chiesto al governo con l’ordine del giorno approvato), riteniamo che dovrebbe essere un intervento ad altissima soglia. Vale a dire, rivolto a tossicodipendenti con numerosi fallimenti alle spalle ed effettivamente sperimentale, cioè modificabile sulla base dei risultati. Perché, laicamente, riteniamo necessario conoscere, provare, riprovare e modificare le nostre azioni: nel tema della tossicodipendenza, purtroppo, chi ha manifestato troppe certezze, spesso è stato smentito dai risultati.

L’inserimento dell’eroina tra le sostanze “sperimentabili”, che, come lei sottolinea è precondizione di ogni operatività al riguardo, a suo parere, è un’evenienza reale, almeno nel futuro prossimo?

Temo di no, perché alcuni autorevoli esponenti del governo, fra cui soprattutto Rosy Bindi, il cui ministero è direttamente competente, mi pare abbia dato una valutazione decisamente non possibilista.

Anche se non ci sono i presupposti per arrivare presto a una somministrazione controllata di eroina, lei registra segnali di cambiamento nel dibattito generale sulle droghe?

I segnali ci sono. Però nella mia Regione, la quale, purtroppo, non fa testo. Nel senso che in nessun’altra realtà come l’Emilia Romagna è presente un sistema integrato di servizi, una rete di opportunità residenziali del privato sociale disponibile – a parte alcuni rarissimi casi – a essere attivamente in causa nella definizione delle politiche. Noi abbiamo uno strumento che si chiama “Gruppo tecnico consultivo regionale”, attraverso il quale passano, prima delle decisioni della Giunta, tutti gli atti rilevanti. E lì ci sono pubblico e privato che discutono assieme. Credo, comunque, che le cose stiano lentamente cambiando anche nel contesto nazionale. Fino a poco tempo fa la riduzione del danno in Italia era un tabù. Ora, specie dopo la Conferenza di Napoli, si può considerare un dato di non ritorno. Tuttavia, vedo le difficoltà della politica ad affrontare laicamente questi problemi: un limite particolarmente italiano. Di somministrazione controllata sta discutendo la Spagna, in Inghilterra di fatto è possibile, la Svizzera la sta facendo, si comincerà in Australia. In Italia, aver semplicemente ipotizzato questa misura ha scatenato reazioni estreme. E questo non fa bene all'avanzamento complessivo delle politiche.

da: *Fuoriluogo*, aprile 1998

Parte la distribuzione di eroina in Olanda. Il caso del pastore Visser di Rotterdam

Peter Cohen*

Nel giugno del '95 il consiglio superiore di Sanità del governo olandese scrisse al ministro competente che sarebbe stata una buona idea delineare per l'Olanda un progetto di ricerca sperimentale sulla somministrazione di eroina a mantenimento ai tossicodipendenti. Il consiglio della Sanità esprimeva così il suo parere su un quesito, avanzato all'inizio del 1994 dal precedente governo cristiano-democratico, guidato dal primo ministro Lubbers.
Il consiglio suggeriva alla ministra della Sanità, la signora Borst, di nominare una commissione per progettare la sperimentazione.
Nello stesso anno, il '95, la ministra della Sanità portò questo parere alla discussione del Parlamento. Nel dibattito che ne seguì, il Parlamento fu d'accordo con la ministra sulla necessità di procedere allo studio del progetto: così, nel dicembre '96, la ministra della Sanità insediò la "Commissione Centrale per il Trattamento dei tossicodipendenti da eroina" (Ccbh). Fu chiamato a presiederla il professor van Ree, un farmacologo della Scuola Medica di Utrecht. Nel luglio del '97 la commissione varò un progetto di ricerca molto dettagliato, prevedendo un esperimento con tre gruppi, per un totale di 750 persone, da eseguirsi in 8 o 9 città.
Come promesso, la ministra della Sanità portò il progetto in discussione in Parlamento, e i partiti religiosi e cristiani (di cui nessuno fa parte dell'attuale governo) si dichiararono contrari a qualsiasi trattamento con eroina: con l'argomento che il consumo di droga è un male e dunque lo Stato non dovrebbe mirare a dare la droga ai drogati. Stranamente queste obiezioni furono lasciate cadere nel dibattito sul piano presentato dal Ccbh. Ma ci furono altre opposizioni.
Il gruppo parlamentare liberale, la formazione cosiddetta "del libero mercato", che fa parte dell'attuale maggioranza governativa di centro-sinistra, avanzò il timore che il numero di 750 soggetti ammessi al trattamento con eroina fosse troppo elevato: il sistema dei servizi sociosanitari olandese non sarebbe stato in grado di fronteggiare i problemi in caso di insuccesso. Ovvero non si sarebbe potuta bloccare una sperimentazione così allargata, anche se i risultati si fossero rivelati negativi. Questa fu l'obiezione che monopolizzò il dibattito, insieme alla loro controproposta di procedere all'esperimento con non più di 50 persone. L'opposizione degli aderenti al gruppo "del libero mercato" aveva tutta l'aria di una mossa anticipata in vista delle elezioni politiche del '98.
Da lì si aprì lo scontro in Parlamento. La ministra della Sanità dichiarò che le rivendicazioni dei liberali non avevano alcun fondamento, e che si sarebbe rifiutata di procedere ad un esperimento più limitato: la sperimentazione avrebbe dovuto avere un rigore scientifico, oppure era meglio non farne niente.
Alla fine, la ministra trovò intelligentemente un compromesso con la formazione "del libero mercato". Si sarebbe iniziato con un esperimento pilota di 50 persone, 25 a Rotterdam e altrettante ad Amsterdam. Se fosse stato positivo, il governo avrebbe avuto il via della maggioranza per il progetto originario di 750 persone. L'esperimento pilota inizierà nel maggio del '98.
Ecco alcuni dettagli del progetto del Ccbh, contenuti nel rapporto pubblicato nel luglio '97.
Vi sono in totale 12 criteri di ammissione all'esperimento, i più importanti dei quali sono che il soggetto abbia 25 anni compiuti, che sia un consumatore quotidiano, o quasi quotidiano, di eroina, con almeno cinque anni alle spalle di questo genere di consumo, e altrettanti di trattamenti con metadone. Se queste condizioni sono soddisfatte, e per di più la persona è in uno stato di salute fisica o mentale precaria, e ha un punteggio superiore a 5 nella "scala Asi" (scala di gravità della dipendenza), il soggetto è ammesso alla sperimentazione.
Vi sono, poi, 15 criteri di esclusione. I più importanti sono che il soggetto presenti delle controindicazioni all'uso dell'eroina, come ad esempio problemi gravi, d'ordine fisico, mentale o psicosociale cui la partecipazione all'esperimento possa recare pregiudizio; e livelli di consumo

superiori ai 1000 mg di eroina, o ai 150 mg di metadone.
L'esperimento avrà una durata di 14 mesi, e prenderà in osservazione tre gruppi casuali di utenti, fra loro comparati. Tutti e tre i gruppi (A, B, C) cominceranno con due mesi di solo metadone orale, ai dosaggi medi somministrati in Olanda (la dose massima di metadone ammessa nell'esperimento è di 150 mg al giorno).
Il gruppo A riceverà solo metadone per i restanti 12 mesi. Il gruppo B invece, dopo i primi due mesi iniziali, per tutto il resto del tempo dell'esperimento sarà trattato con una combinazione di metadone orale ed eroina. Il gruppo C riceverà ancora per sei mesi il metadone (oltre i primi due all'inizio), e passerà all'eroina negli ultimi sei mesi. Il dosaggio massimo di eroina consentito è di 1000 mg al giorno, e la sostanza potrà essere fumata, oppure iniettata, a seconda delle abitudini dei consumatori. In Olanda circa il 60% dei consumatori “pesanti” fuma l'eroina bruciandola su un foglio di alluminio, mentre il 16% se la inietta, e il resto alterna le due modalità.
Nell'ottobre del '97 ha fatto scalpore la presa di posizione di un pastore di Rotterdam, una figura ben conosciuta in Olanda nel campo della cura della tossicodipendenza. Il reverendo Visser ha aperto durante il giorno la sua chiesa di Rotterdam a un gruppo di tossicodipendenti senza casa, o che stanno troppo male per frequentare le piazze alla ricerca della droga. Così egli ha riservato in chiesa uno spazio a un piccolo gruppo di spacciatori di eroina e cocaina, che lì vendono ai tossici sostanze di buona qualità. Visser tratta egli stesso il prezzo e la qualità della droga con questi spacciatori, che nella sua comunità sono considerati come persone responsabili e rispettabili, e non trattati come criminali. Io mi sono incontrato con loro diverse volte, e ho constatato che essi hanno ben chiaro che è il reverendo Visser a dettare le regole, e non loro.
Quando Visser ha saputo degli ostacoli che incontrava il progetto del Ccbh e dell'opposizione in Parlamento dei suoi “colleghi” dei partiti cristiani, ha annunciato di voler iniziare per suo conto una sperimentazione con l'eroina. Temeva che le discussioni politiche avrebbero demolito il progetto, e poi non era d'accordo con un esperimento così ristretto nel numero. Naturalmente i due ministri, della Giustizia e della Sanità, hanno dichiarato all'unisono il blocco degli esperimenti privati del reverendo, in competizione con quelli del governo.
Dopo queste panoramica dei fatti, vorrei concludere con un mio commento. Penso che gli olandesi facciano bene a prendere in considerazione la somministrazione di eroina sotto controllo medico, come una delle possibili opzioni terapeutiche. Ma non va esagerata l'importanza di questa opzione, almeno in Olanda, mentre può essere una possibilità assai più significativa in Paesi come la Svizzera o l'Italia. In Olanda si è introdotto il metadone molto tempo fa, nel 1967: da allora il suo uso si è sviluppato ed è oggi ben diffuso. La gran parte dei consumatori di oppiacei (circa 26.000) possono accedere a trattamenti con metadone a mantenimento. L'eroina è necessaria per quel ristretto numero di soggetti che non sono attratti dalla somministrazione di queste sostanze, o che vi reagiscono negativamente. In tutte le branche della medicina si hanno a disposizione differenti strategie farmacologiche per lo stesso disturbo, tenendo conto dei diversi tipi di pazienti. Anche nei trattamenti con le droghe dovrebbe essere la stessa cosa. Inoltre, bisogna stare attenti che l'eroina terapeutica non sia un cavallo di Troia in cui si nasconda un inasprimento della repressione. Il nostro obbiettivo dovrebbe essere invece di prefigurare vie alternative alla repressione, in modo da cominciare a sottrarre il consumo di droghe alla sfera del diritto penale.

*Docente di sociologia, Università di Amsterdam

da: *Fuoriluogo*, gennaio 1998

Somministrazione di eroina: Pregi e limiti, precursori e interpreti della proposta Fonseca

Sergio Segio

«Anche la pietà verso i tossicodipendenti va sacrificata, se occorre, alla necessità della protezione della compagine sociale»: parola di procuratore generale della Corte di Cassazione. L'occasione di tale, cinica ma schietta, riflessione è l'inaugurazione dell'anno giudiziario. Non vogliamo confondere le idee al lettore, bensì aiutarne la memoria. Quindi chiariamo subito che il PG in questione non è Ferdinando Galli Fonseca, ma Ignazio Straniero; l'anno inaugurando non è il 1998, ma il 1979.
Il dato curioso è che alla denuncia di Straniero degli «effetti negativi conseguenti alla non punibilità della detenzione di stupefacenti per proprio consumo», cioè alla critica della legge allora in vigore (n. 685/75), fece seguito, pochi mesi dopo, un ampio dibattito di tenore (virtualmente) opposto. Ovvero, quello sulla somministrazione controllata di eroina: esattamente la materia di cui si riparla in questi giorni, dopo l'intervento di Fonseca.

IL BELPAESE SMEMORATO

Eh, sì, bisogna proprio dire che la riflessione italiana sulle droghe riparte sempre da zero, complice la superficialità e la strumentalità di molte posizioni politiche, l'approssimazione del mondo dell'informazione e quel fenomeno sociale di amnesia collettiva ricorrente (e non sempre innocente) su questo e su tanti altri problemi.
È successo anche questa volta, dopo le “rivoluzionarie” considerazioni e proposte in materia dell'attuale procuratore capo della suprema corte di cassazione, Ferdinando Galli Fonseca. Rivoluzionarie per l'autorevole pulpito da cui provengono, non certo per il contenuto, di semplice buon senso e di obiettiva constatazione. Nulla di più, infatti, ad un'analisi fredda, potrebbe dirsi dell'affermazione contenuta nella relazione di Fonseca del 10 gennaio 1998: «La delinquenza dei tossicodipendenti, che tanto preoccupa la popolazione, è più conseguenza del regime proibitivo che degli effetti psichici prodotti dal consumo degli stupefacenti», da cui discende la disponibilità a «considerare con grande attenzione le nuove impostazioni criminologiche e terapeutiche condotte in alcuni Paesi, mediante iniziative non di liberalizzazione del commercio, ma di somministrazione controllata delle droghe sulla base di prescrizioni mediche».

DELLA LIBERTÀ E DEI CINISMI

Sin qui, tutto sommato, il quadro culturale dell'affermazione di Fonseca potrebbe non essere diverso da quello, enunciato quasi vent'anni prima, da Straniero: l'interesse preminente da garantire è quello della difesa sociale, che potrebbe trovare un valido strumento anche nella distribuzione di eroina. Decisamente importanti e, queste sì, innovative e da valorizzare sono, semmai, le parole successive di Fonseca, laddove si vuole la prescrizione medica di eroina «inserita in programmi di assistenza e di reinserimento sociale del tossicomani».
È questa, infatti, una delle precondizioni affinché la distribuzione di eroina non si risolva solo, o principalmente, in un potente strumento di controllo sociale o in una sperimentazione medica *in corpore vili* o, infine, in quella logica dove il massimo di libertà e il massimo di egoismo individuale si congiungono e sovrappongono identificandosi, così bene espressa da Aldo Busi, in un ampio articolo ne *il manifesto* del 17 gennaio scorso, che si conclude in questo modo: «Posso tollerare filosoficamente, socialmente, politicamente, umanamente ed erarialmente i costi che costui ha investito nel suo suicidio, ma non gli perdonerei mai di cadere addosso a me».
Non avevamo, tuttavia, bisogno di leggere Busi sul *manifesto* per sapere che la proposta di distribuzione controllata di eroina trova, e può maggiormente trovare, consensi in certe aree di

pensiero liberale, di destra e di sinistra, preoccupate eminentemente del fastidio a sé e della minaccia ai propri beni, arrecati o arrecabili dalla persona tossicodipendente. Da una giusta e laica critica alle ideologie salvifiche (e ai business a essa intrecciati), insomma, si può facilmente approdare all'idea di segregare e controllare socialmente queste persone nelle comunità, per quelli che ci stanno, o farmacologicamente, per i più refrattari.
Queste sono posizioni, peraltro, che regalano credibilità e rendono plausibili (se non fossero, per altri versi e in molti casi, strumentali e rispondenti a logiche autoritarie) le critiche che alla proposta sono venute da certe comunità terapeutiche e da esponenti politici, in particolare, di area cattolica e del centro-destra.

LA PROPOSTA DEL 1979

Come stavamo raccontando, ben prima che la Svizzera pensasse, decidesse, attuasse e (indirettamente) confermasse a maggioranza con il voto referendario, la sperimentazione terapeutica di cui tanto si è (finalmente e meno male) parlato in questi giorni, l'allora ministro italiano della Sanità, nel settembre 1979, avanzò la proposta di un piano di distribuzione controllata di eroina negli ospedali.
In quel caso, l'esperienza internazionale sotto gli occhi era quella della Gran Bretagna, con il suo *"British System"* (si veda qui, a pagina 5, l'articolo di Claudio Cappuccino), ma va pure tenuto presente che anche in Italia, ancora negli anni '70, si somministrava legalmente la morfina. Il ministro in questione era un liberale, Renato Altissimo, anch'egli poi travolto dalla crisi politica scaturita da "Mani Pulite". Il dibattito fu parimenti accesso, ma, per molti versi, meno superficiale di quello odierno. La geografia politica delle posizioni fu parzialmente diversa: identica la reazione fortemente negativa dei cattolici, allora uniti nella Dc; favorevole e possibilista l'area laica, liberale, socialista e radicale; frammentata quella di sinistra: il Pci sposò lo slogan «Droga non è libertà» (come dire: Prodi non ha inventato nulla); Giovanni Berlinguer dichiarava: «Sappiamo bene che la clandestinità è un danno per i tossicodipendenti, ma rappresenta oggettivamente un limite all'espansione del fenomeno»; contrari esponenti della Sinistra Indipendente, come Adriano Ossicini: «Non ho mai visto guarire tossicomani somministrando metadone o eroina», il responsabile scuola del Pdup si dichiarava contrario alla «cultura dello sballo» (come dire: anche don Gelmini non è particolarmente originale).

IL GIOCO DEI QUATTRO CANTONI

Raffrontando quel dibattito e quegli schieramenti con quelli odierni, viene in mente il gioco dei quattro cantoni. Le forze e il personale politico della Prima Repubblica, se non altro, avevano il merito di una maggiore coerenza (o, se si preferisce, di una minore distanza) con la "ragione sociale" del proprio partito e con le culture di riferimento. E, questo, nel bene e nel male: così, nel Pci, erano fortemente visibili (e riscontrabili sulle problematiche sociali e sul tema dei diritti civili) le culture autoritarie e le parentele col moralismo cattolico e la disinvoltura democristiana (*do you remember* l'intreccio catto-comunista sulla linea dell'emergenza e della "fermezza"?), parimenti mortificanti le libertà individuali; così, i laici (in particolare Pli e Psi) apparivano, invece, ancorati alle tradizioni liberali. Oltre a ciò, va considerato che il sistema elettorale di allora, e fors'anche una diversa qualità del quadro politico, consentivano talvolta posizioni e proposte "impopolari", piccoli strappi alla logica del consenso, oggi resa ferrea e blindata dalla tecnica del sondaggio e dalla conseguente omogeneizzazione della proposta politica.
Oggi, quasi per intero, il sistema politico, parafrasando il motto crociano, non può non definirsi liberale. Dovremmo dunque, in astratto, aspettarci che, non solo in materia economica, ma anche di libertà civili, vi fosse un'ampia e trasversale maggioranza parlamentare e politica. Vediamo bene che così non è, perché, su questi temi, la sinistra post-comunista ha effettivamente recuperato un'attenzione e una diversa sensibilità, intrecciandosi, in questo caso, con la tradizione solidaristica di certa parte cattolica, anziché con quella autoritaria, come in passato. Ma i laici l'hanno, al contempo, smarrita; prova ne è che, nel polo di centro-destra, sedicente liberale e garantista, a

distanza di 4 anni, la ristrettissima pattuglia antiproibizionista non è riuscita né ad ampliarsi, né a, comunque, influenzare le scelte del Polo. Così che, gli uni e gli altri, appaiono, politicamente e culturalmente, sotto scacco delle anime della vecchia Dc; le quali, avendo già incamerato la vittoria della "mozione Buttiglione" alla vigilia della Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Napoli, stanno riuscendo, in questi giorni, a fare della questione droghe un volano "qualificante" per il recupero di centralità nel quadro politico e per un ricompattamento moderato.

COSSIGA E PRODI

A proposito di Dc: ricordate il commento di Cossiga alle dichiarazioni di Fonseca («tanto vale, allora, liberalizzare gli scippi e i piccoli furti per evitare le rapine»)?

Nel 1979, da presidente del Consiglio, l'iniziativa, sua e del governo, fu assai più seria. Dopo la proposta Altissimo, infatti, perlomeno convocò i ministri; oltre che della Sanità, dell'Interno, della Giustizia e della Pubblica istruzione, e detta vita a un apposito gruppo di lavoro, con l'incarico di studiare a fondo tutti gli aspetti del fenomeno, le relative proposte e di riferirne al governo entro un mese. E teniamo conto che, allora, l'Aids ancora non si conosceva, e i morti per overdose erano un decimo di quelli attuali (126 nel 1979, a fronte dei 1394 nel 1996).

L'attuale presidente del Consiglio, Romano Prodi, diversamente, si è limitato, il 14 gennaio scorso, ad andare alla Camera, per rispondere a un'interrogazione di Giuliano Pisapia in modo decisamente generico: «Drogarsi non è un diritto, né può essere confinato nella definizione di una faccenda privata», manifestando poi una altrettanto generica «disponibilità al confronto e alla verifica sulle esperienze in atto a livello internazionale, tenendo conto che il nostro Paese si muove ormai a livello di Unione europea» (chissà se, così dicendo, il capo del governo, aveva in mente che, infatti, la Svizzera non fa parte dell'Unione). Dal primo governo di centro-sinistra e dal suo leader era lecito aspettarsi qualcosa di più, non solo, com'è stato ricordato, stanti le risultanze della Conferenza di Napoli che lo stesso Prodi ha richiamato e che, ai sensi della legge sulle droghe (art. 1, comma 15), devono essere recepite dal Parlamento con eventuali correzioni legislative. Ma, anche, poiché l'Ulivo, e quindi il governo, hanno ricevuto la fiducia dei cittadini sulle base di un programma che, alla tesi 78, sposava esplicitamente le politiche di riduzione del danno, assieme a prevenzione e recupero.

PICCOLI NUMERI, RISULTATI IRRILEVANTI

Va, allora, detto e ricordato, che la distribuzione controllata di eroina è parte di tali politiche, è *una* delle modalità in cui esse possono e debbono sperimentarsi.

Con altrettanta chiarezza, è bene sottolineare che tale distribuzione, diversamente, nulla c'entra con un discorso di legalizzazione, se non sotto il profilo del contribuire a rompere quei tabù culturali che hanno fatto del proibizionismo un dogma di fede. E questo, infatti, è il vero limite della proposta.

La distribuzione controllata e sperimentale, per come si è attuata in Svizzera (1146 "utenti"), ma soprattutto per come ci si accinge a sperimentare in Olanda (50 "utenti", si veda qui Peter Cohen a pagina 4), diciamocelo, non può dare risultati significativi. Su tali numeri, le ricadute positive in termini sociali sono irrilevabili e quelle individuali irrilevanti, se non per quei ristrettissimi gruppi. Il che, certo, è meglio di niente, ma, allo stesso tempo, rende oggettivamente poco fondati o, meglio, del tutto virtuali, sia gli argomenti a sostegno che quelli contrari.

Si dirà: rimane il valore medico e scientifico. Forse per la Svizzera, non certo per come è stato limitato il progetto in Olanda. A parte che l'accento su questo aspetto è esattamente l'aspetto culturalmente più discutibile (se non altro, negli Usa, le cavie umane per sperimentazioni mediche e farmacologiche, anche lì scelte di preferenza tra emarginati e carcerati, vengono retribuite), i pochi riferimenti di esperienza attuali ci dicono cose diverse. Basti guardare ai presupposti con cui parte l'Olanda, che pure dovrebbe fruire dei risultati svizzeri, basati su quasi 3 anni di sperimentazione, pur nelle differenze storiche dei consumatori e dei servizi nei due Paesi. Il rapporto di sintesi della

Svizzera sostiene che «l'uso di morfina e metadone è stato possibile solo in parte, a causa di effetti collaterali, l'eroina è più adatta ad essere utilizzata a fini terapeutici»? Ebbene, le autorità olandesi incentrano gran parte dell'esperimento sul metadone. I partecipanti alla distribuzione in Svizzera dovevano avere almeno 20 anni e due di "anzianità" nell'utilizzo di eroina? In Olanda, diventano rispettivamente 25 anni di età e ben 5 di eroina, nonché 5 di metadone alle spalle.

SOGGETTIVITÀ E DIRITTI DEI TOSSICODIPENDENTI

Viene così del tutto a smarrirsi un contenuto di vera libertà terapeutica, che potrebbe invece qualificare queste proposte, assieme all'indispensabile previsione di modalità di sostegni sociali, abitativi e lavorativi, come, in effetti, in Svizzera, è avvenuto. Perché drogarsi, come dice Prodi, non sarà un diritto, ma è un *fatto.* Incontrovertibile. Che, in Italia, riguarda almeno 300.000 cittadini solo per quanto concerne eroina e cocaina. E, allora, diventa un *diritto* quello di non dover morire di droga clandestina o di Aids, di non dover finire in galera e di non dover rubare per acquistare la sostanza sul mercato nero.

Se si scegliesse, finalmente, questa prospettiva, diventerebbe più facile pensare anche a sperimentazioni i cui criteri, i parametri di accesso, le modalità di somministrazione fossero discusse, pensate e decise a un "tavolo" a cui siedano anche i diretti interessati. Diventerebbe, così, al contempo, più difficile per chiunque pontificare e speculare (economicamente, politicamente e moralmente) sulla vita e sulla morte di chi assume droghe, vada esso o meno in comunità, intenda smettere o non ne abbia, invece, alcuna intenzione.

da: *Fuoriluogo*, gennaio 1998

C’era una volta il sistema inglese.
Breve storia “dell’eroina terapeutica”

Claudio Cappuccino

Prima di tutto, deve essere chiaro che l'eroina – come risulta inequivocabilmente da un buon numero di studi – non differisce in modo significativo dalla morfina, dall'idromorfone e da altri oppioidi oggi meno usati. Il metadone richiede invece un discorso a parte.
Nell'opinione pubblica – e purtroppo anche tra medici, politici e giornalisti – sono radicate le idee che: “oppiacei = irreparabile danno alla salute”, “eroina = morte” e simili. Va dello e ripetuto che questo è semplicemente falso e che finché ci basiamo su ignoranza e pregiudizio non andiamo da nessuna parte. Per esempio, uno dei più autorevoli testi di medicina dice chiaramente che – a parte il rischio di *overdose* non-intenzionale, di reazioni avverse o contaminanti (“tagli”), di infezioni dovute a mancanza di igiene nella preparazione o nell'iniezione della sostanza (tutti problemi dovuti al mercato nero) – gli oppioidi, di per sé, sono «sorprendentemente non-tossici anche quando sono usati quotidianamente ad alte dosi per molti anni» (C. P. O' Brien, *Cecil Textbook of Medicine*, 20th ed., W. B. Saunders 1996, p. 52).
Del resto, la storia insegna che la dipendenza da oppioidi non è incompatibile con una vita normalmente lunga e anche “più che normalmente” produttiva. Marco Aurelio, William Wilberforce, Francisco Goya, William Halsted, Coco Chanel, Umberto Saba, per citare solo qualche nome, sono stati tutti più o meno a lungo (alcuni per qualche decennio) “dipendenti” da oppio o morfina. Il dott. X, studiato da W. C. Cutting, dopo *62 anni* di dipendenza da morfina (Stanford Medical Bulletin 1:39-41, 1942), era in ottima forma fisica e mentale a 84 anni di età, avendo smesso di fare il medico solo tre anni prima.

UN PO' DI STORIA

Per quanto riguarda la distribuzione controllata di eroina, anche se l'esperimento svizzero appare il primo condotto con rigoroso metodo scientifico e con obiettivi che vanno al di là del semplice “tamponamento” del problema, non si tratta di una novità. Vale la pena di vederne i precedenti storici.
Fino ai primi anni del XX secolo, non esiste in nessun Paese alcun controllo sugli “stupefacenti”, che sono venduti non solo nelle farmacie (senza ricetta medica), ma spesso anche nelle drogherie o per posta. L'oppio e la morfina – in decine di preparati diversi che a volte, come nel caso delle “medicine brevettate”, non dichiarano neppure la loro composizione – sono medicinali di uso comune per una serie infinita di disturbi e malattie, di cui dolori reumatici, dolori mestruali, cefalee, nevralgie, mal di denti, coliche addominali, Tbc, diarrea, tosse, insonnia (anche nei bambini), sono i principali. I medici li prescrivono anche per il diabete, per molti disturbi psichiatrici, e come “sostitutivi” nell'alcolismo.
Anche prima della proibizione, la “dipendenza” da oppiacei in Occidente riguarda comunque una percentuale minima della popolazione (probabilmente non superiore o appena superiore a quella di oggi), e specialmente le donne di mezza età (gli uomini sono più facilmente dediti all'alcool). Al contrario, in Oriente, dalla Persia alla Cina, l’uso “voluttuario” di oppio è un fenomeno sociale diffuso, prevalentemente fra gli uomini, e salvo che in Cina – dove si hanno i primi tentativi di proibizione –, largamente accettato. L'eroina è sintetizzata fin dal 1874, ma entra nell'uso corrente nel 1898, prodotta dalla Bayer e pubblicizzata come «il sedativo della tosse». La letteratura medica dell'epoca la ritiene meno dotata di proprietà euforizzanti, e meno capace della morfina di dare dipendenza. Qualcuno (soprattutto in Francia) la utilizza nelle cure di disassuefazione dalla morfina.

Alcuni prodotti reclamizzati per la “cura del morfinismo” contengono eroina (altri contengono la stessa morfina).

L'AMERICA INIZIA A PROIBIRE

Nel 1914, gli Usa – fino ad allora estremamente permissivi – approvano l'*Harrison Act*, il prototipo delle leggi proibizioniste. Di punto in bianco, centinaia di migliaia di persone “dipendenti” da oppiacei, non potendo più comprare liberamente la loro “medicina”, devono rivolgersi ai medici per la prescrizione. Il “tossicodipendente”, fino ad allora rispettabile cittadino, indistinguibile dagli altri, improvvisamente diventa visibile e portatore di uno “stigma” sociale. Negli Usa nascono rapidamente un'ottantina di cliniche specializzate nella disassuefazione o nel mantenimento dei “tossicodipendenti”: alcune gratuite, tutte molto a buon mercato rispetto alle tariffe correnti dei medici privati. In pratica, queste cliniche funzionano come oggi i servizi di distribuzione del metadone per il “mantenimento” dei pazienti con dosi controllate e stabilizzate di oppiacei o, se richiesto, per la disassuefazione graduale. La sostanza più usata dai tossicodipendenti – e quindi anche nelle cliniche – è la morfina, ma l'eroina viene subito dopo. Per esempio, la *Worth Street Clinic* di New York, nel 1919, dopo due mesi di apertura ha 2723 pazienti, di cui il 79% usa l'eroina.

Tuttavia, questo dura poco. Fra il 1919 e il 1921, la legge viene interpretata dai giudici in modo sempre più restrittivo, le terapie di mantenimento da parte dei medici sono giudicate illegittime, e tutte le cliniche vengono forzate a chiudere. Una delle ultime a resistere è la clinica di Shreveport, in Louisiana, gestita in modo inappuntabile dal dott. W. P. Butler e – visti gli eccellenti risultati – fortemente supportata dalla cittadinanza e dalle autorità locali. Ma quest'anomalia non può durare: le pressioni della Divisione Narcotici del ministero del Tesoro diventano insopportabili, e nel gennaio 1923, il dott. Butler annuncia, in un'amara lettera a un giornale locale, l'inevitabile chiusura del servizio.

COMINCIANO GLI AFFARI

Per i medici americani diventa sempre più difficile e professionalmente rischioso prescrivere regolarmente oppiacei al loro pazienti “tossicodipendenti”. Fiorisce il mercato nero, e per pura convenienza economica, l'eroina soppianta rapidamente la morfina. Infatti, da un chilo di morfina si ottiene circa un chilo di eroina, ma da un chilo di eroina (farmacologicamente più potente della morfina) si possono ottenere due o tre volte più “dosi” da vendere – e quindi si fanno due o tre volte più soldi. L'eroina diventa rapidamente “il nemico”. Nel 1924 il Congresso Usa la mette fuorilegge, e da quella data, il braccio antinarcotici del governo degli Stati Uniti ebbe praticamente carta bianca. Nel 1930 fu istituito il *Federal Nancotics Bureau*, affidato a Harry J. Anslinger. Medici, farmacisti e comuni cittadini furono spesso minacciati o incriminati. Il dott. Thomas P. Ratigan Jr. di Seattle merita di essere ricordato per gli oltre vent'anni di solitaria ed eroica resistenza, in nome della libertà terapeutica, e una vera e propria persecuzione da parte del potentissimo Harry J. Anslinger.

IL MONDO, NATURALMENTE, SI ACCODA

Intanto, su pressione degli Usa, negli anni immediatamente successivi alla prima guerra mondiale, la maggior parte dei Paesi adotta una politica strettamente proibizionista. In Inghilterra, con il *Dangerous Drugs Act* del 1920 la prescrizione di narcotici viene riservata ai medici e l'acquisto (già in precedenza possibile solo in farmacia) viene subordinato alla presentazione di una ricetta. Nel 1924, in vista della Conferenza di Ginevra sull'Oppio, il governo inglese nomina una Commissione per studiare il problema della dipendenza dalle “droghe” ormai proibite. Presieduta dall'autorevole medico Sir Humphrey Rolleston, la Commissione pubblica nel 1926 un rapporto in cui si dichiara che l'uso non-medico di oppiacei è solo un problema medico, non criminale, che va lasciato nelle mani dei medici senza ricorrere a leggi più restrittive, in quanto «con rare eccezioni, la dipendenza

da morfina e eroina deve essere considerata la manifestazione di uno stato morboso e non una mera forma di viziosa indulgenza» (p. 31). I medici inglesi restano liberi di prescrivere oppiacei (e altre sostanze, come la cocaina) secondo il loro autonomo giudizio professionale ai loro pazienti "dipendenti", anche per il mantenimento senza limiti di tempo nei casi in cui: *a)* una completa astinenza da morfina o eroina produca seri disturbi, non trattabili in modo soddisfacente nelle normali condizioni della pratica medica; *b)* il paziente, mentre è capace di condurre una vita discretamente normale e produttiva prendendo una certe dose non-progressiva, generalmente piccola, di sostanza, ma non ne è più capace quando la somministrazione regolare venga interrotta (p. 32). Il *Rolleston Report* costituisce la base del cosiddetto "Sistema inglese" che – negli anni a venire – sarà oggetto di ammirata analisi da parte di numerosi studiosi americani.

IL SISTEMA INGLESE

Il *British System* fino al 1968 resta un sistema non organizzato, decentrato al livello dei singoli medici, e non soggetto a controlli o valutazioni scientifiche. Ciascun medico ha il diritto di decidere sulla base del proprio autonomo "giudizio professionale". Ma alla fine degli anni '60, il *British System* dimostra un punto di debolezza. Da qualche anno, il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso i medici è in rapido aumento. Mentre fra il 1936 e il 1963 questo numero era passato solo da 616 a 635 casi, nel 1965 sale a 927 casi e nel 1968 ha un'impennata a 2782. In questa crescita, il numero dei consumatori di eroina passa dai 57 casi del 1954 ai 2240 (su 2782 totali, cioè l'80,5%) del 1968. È vero che, in parte, questo aumento si deve all'immigrazione di tossicodipendenti canadesi e americani, attirati dalla possibilità di ricevere prescrizioni regolari di oppiacei, compresa l'eroina, senza la minaccia continua della polizia criminale. Ma quello che soprattutto preoccupa le autorità inglesi è che i "nuovi" tossicodipendenti da eroina sono soprattutto giovani sotto i vent'anni che se la procurano sul "mercato grigio". La rilevazione di alcuni casi anomali di medici che sono praticamente diventati solo *"junkie doctors"* e che prescrivono – senza violare tecnicamente la legge – quantità eccezionalmente elevate di eroina (e cocaina) a singoli pazienti, portano a un drastico giro di vite. Ai medici del Servizio Sanitario Nazionale si vieta di prescrivere eroina (e cocaina) per il mantenimento dei loro pazienti tossicodipendenti. Se il paziente vuole continuare a usare eroina e/o cocaina deve essere inviato presso speciali Centri di assistenza (in genere presso ospedali o cliniche universitarie) che hanno ancora l'autorizzazione a prescriverle.

IL METADONE SOPPIANTA L'EROINA

Dopo il 1968, le prescrizioni di eroina si riducono molto, soprattutto a favore del metadone (per bocca ma anche iniettabile). Col senno di poi, si vedrà che le cliniche – per eccesso di prudenza e sotto la pressione dell'opinione pubblica – sono portate a una drastica sotto-prescrizione delle sostanze più richieste, in particolare dell'eroina iniettabile. Nel 1971, le cliniche prescrivono 14,2 kg di eroina e 15,3 kg di metadone. Nel 1978, 8,5 kg di eroina e 31,5 kg di metadone. I "nuovi" pazienti non ricevono mai eroina, ma solo metadone. L'eroina è riservata ai "vecchi" pazienti già stabilizzati, e anche questi, appena possibile, vengono spostati sul metadone. Inoltre, sempre meno metadone viene prescritto in forma iniettabile, e sempre di più per via orale.

Il passaggio dalla prescrizione "allegra" alla sotto-prescrizione porta – come previsto – all'apertura di ampi spazi di mercato per il traffico illegale. La prima eroina illecita è sequestrata in Gran Bretagna nel 1971 (1,1 kg), ma in pochi anni i sequestri – indicatori della disponibilità – salgono vertiginosamente. In realtà il fenomeno non è solo inglese: per motivi che non sono stati ancora accuratamente analizzati, risale a quegli stessi anni la nascita e la rapida crescita del fenomeno "eroina" in tutta Europa, Italia compresa.

EUTANASIA DI UN'ESPERIENZA

La terapia di mantenimento "indefinito" con eroina ha un ultimo baluardo. È la *Liverpool Drug Clinic*, dove Allan Parry e John Marks continuano a giudicare l'eroina insostituibile nell'attrarre e mantenere in trattamento anche i tossicodipendenti più refrattari. Parry e Marks sono per anni i

principali sostenitori di un approccio estremamente pragmatico e basato sulla massima attenzione al paziente. Con l'arrivo dell'Aids, sono i primi ad avviare quella politica di “riduzione del danno” che verrà – almeno a parole – rapidamente accettata in quasi tutto il mondo. Per l'eroina, sperimentano un nuovo modo di somministrarla, meno pericoloso delle iniezioni ma ugualmente soddisfacente per i pazienti: le sigarette all'eroina, appositamente preparate. Nel 1988, il dott. Marks – dopo una serie di problemi politici locali – lascia Liverpool per il North Cheshire. Nel 1994, è probabilmente l'ultimo responsabile di una *Drug Clinic* a prescrivere ancora in molti casi eroina – iniettabile o fumabile – per il mantenimento a lungo termine. Ma la linea del governo britannico si è ormai totalmente spostata sul metadone, e le autorità locali non trovano di meglio che sollevare un problema di costi, dato che le preparazioni personalizzate di eroina prescritte da Marks costano molto più dello sciroppo di metadone.

Il 1° aprile 1995, il dott. Marks è sostituito alla clinica di Widnes da un nuovo medico, che si assume, fra le proteste dei pazienti, il compito ingrato di assicurare la transizione al metadone. Come il dott. Butler di Shreveport 72 anni prima, Marks affida il suo amaro addio a una rivista, con un articolo intitolato “Chi ha ucciso il Sistema inglese?” *(Druglink*, luglio-agosto 1995). Appena un anno prima, il 16 aprile del 1994, sull'autorevole *The Lancet* era apparsa una sua analisi statistica, da cui si deduceva che l'eroina era probabilmente più sicura – in termini di decessi – del metadone.

Per un ulteriore approfondimento del problema della somministrazione di eroina, rinvio all'ampia analisi della letteratura scientifica fatta dalla Dott.ssa Annie Mino nella sua *“Expertise”* per l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica della Confederazione Elvetica (settembre 1990).

da: *Fuoriluogo*, gennaio 1998

Più sani, più integrati, ma soli
I risultati della distribuzione di eroina

Susanna Ronconi

Mentre si registra la cocente sconfitta della destra svizzera che aveva voluto una consultazione contro le politiche di limitazione del danno e si è portata a casa, invece, il consenso di gran parte della popolazione per una politica meno repressiva, si annuncia anche il "Rapporto conclusivo degli incaricati della ricerca sugli esperimenti di prescrizione medica di stupefacenti". Volontà popolare e risultati scientifici dell'osservazione sui trattamenti sperimentali si saldano a sancire che quella continuerà ad essere una delle strade che il governo svizzero percorre per far fronte ai problemi correlati alla tossicodipendenza.

I NUMERI E GLI OBIETTIVI

Sono 1.146 le persone che hanno avuto accesso alle terapie sostitutive a base di eroina, morfina e metadone nel periodo di tempo che va dal gennaio 1994 al dicembre del 1996. Persone inserite nel programma su base volontaria e a partire dalla verifica di alcuni pre-requisiti: età minima 20 anni, abuso di eroina da almeno due anni, fallimento di precedenti terapie, danni alla salute e alla vita sociale subiti a causa dello stato di tossicodipendenza. In tutto, 403.402 giorni di trattamento condotti in 18 diversi centri clinici, incluso un istituto penitenziario.

Obiettivi dichiarati del progetto di sperimentazione: la verifica dell'efficacia dei trattamenti rispetto alle terapie precedentemente fallite, il miglioramento dello stato di salute degli utenti, lo sviluppo dell'integrazione sociale, la stabilità e la permanenza in trattamento. È su questi obiettivi che si sono applicate diverse èquipe di ricerca, includendo anche uno studio sociologico sulle ricadute in termini di microdelinquenza, uno di controllo su eventuali effetti collaterali delle sostanze prescritte ed uno sul rapporto costi/benefici.

Lo studio finale conferma quanto già anticipato dagli studi parziali inerenti le diverse fasi ed i diversi gruppi di utenti mano a mano entrati, nell'arco di tre anni, nel programma. Un primo dato è che l'eroina si è dimostrata «più adatta ad essere utilizzata a fini terapeutici di morfina e metadone, a causa degli effetti collaterali, sebbene minimi, di questi ultimi. I trattamenti con eroina, inoltre, dimostrano una maggiore efficacia per il "tasso di resistenza", cioè la permanenza all'interno del programma e per il rispetto delle prescrizioni relative al trattamento. Qualche successo hanno avuto le pastiglie di eroina ad azione ritardata, mentre non gradite sono altre forme di somministrazione quali le sigarette, in cui oltre il 10% della sostanza viene "perso".

MIGLIORANO SALUTE E INTEGRAZIONE

Forse il più interessante per incisività dei risultati è lo studio sulla condizione degli utenti che partecipano al programma. Significativi miglioramenti si sono avuti nel campo dello stato generale di salute, nell'alimentazione e nelle malattie cutanee, spesso causate da un modo poco igienico di iniettare la sostanza. Dal punto di vista psicologico si sono osservati significativi regressi negli stati di depressione e di ansietà, ma anche nei disturbi nella percezione della realtà. Lo stato di salute delle persone con Hiv è migliorato sensibilmente, grazie ad uno stile di vita, correlato alla continuità del trattamento, che ha consentito regolarità nelle terapie relative alla sieropositività.

Sul totale dei partecipanti, nel periodo considerato si sono avute 3 nuove infezioni da Hiv, 4 da epatite B e 5 da epatite C. La ricostruzione di queste storie di contagio porta a pensare che si siano verificate per iniezione di sostanza al di fuori del trattamento, cocaina in particolare. Rispetto a questo problema, l'assunzione di sostanze illegali, eroina e cocaina, nonché di benzodiazepine è rapidamente diminuita con il progredire del trattamento e permane percentualmente più bassa

rispetto ad altre forme di terapia sostitutiva. Il rapporto sottolinea, comunque, come nodo problematico il permanere del consumo di cocaina (5%) e di benzodiazepine 9%) anche dopo mesi di trattamento: la politossicodipendenza, insomma, non consente facili soluzioni.
Rilevanti e senza ombre, invece, i dati sulla vita sociale delle persone in trattamento. Lo stretto abbinamento tra terapie farmacologiche e supporto psicosociale ha ridotto a zero il numero dei senza dimora e aumentato la capacità di trovare e mantenere un lavoro: gli impieghi fissi sono raddoppiati (dal 14 al 32%) e, di contro, la disoccupazione si è ridotta di oltre la metà (dal 44 al 20%). Chi aveva dei debiti li ha estinti o ridimensionati e circa il 30% di chi, al momento dell'ingresso nel programma, riceveva assistenza dallo stato se ne è progressivamente emancipato. Nello stesso tempo, però, nuove persone hanno chiesto il sostegno degli assistenti sociali: i ricercatori suggeriscono che si tratta di chi ha rinunciato ad introiti illegali. Poco soddisfacente, invece, lo sviluppo di nuove reti sociali diverse da quelle connesse alla droga: su questo, le difficoltà registrate sono molte. Più sani, più integrati ma soli, verrebbe da dire, ma è quanto potremmo dire della gran parte degli utenti dei nostri servizi. Reinventarsi la vita è duro, anche in Svizzera.
Nel corso di tre anni sono 353 le persone che hanno lasciato il programma. Questo è un problema, perché i primi risultati si vedono a quattro mesi dall'inizio, e la permanenza in terapia almeno per qualche mese è quindi fondamentale. L'89% degli utenti ha “tenuto” per almeno sei mesi, il 66% è rimasto in trattamento per i 18 mesi previsti: un risultato decisamente superiore all'esito medio di altri trattamenti.
Non tutti coloro che hanno lasciato perdere, però, si sono persi: il 57% è passato ad altra terapia e 83 persone sono passate dall’”eroina pulita” ad una scelta di astinenza. Nota dolente – era già stata evidenziata nei precedenti rapporti parziali – le persone in Aids. Quando vengono ricoverate abbandonano la terapia a base di eroina e il loro numero viene considerato troppo alto rispetto al totale dei casi di abbandono. A parziale “consolazione” si può dire però che gli studi effettuati dopo l'uscita dal programma hanno rilevato che la ripresa del consumo di sostanze illegali rimane a livelli comunque inferiori a quelli iniziali, e questo riguarda anche le attività illecite. Come dire, qualcosa cambia, comunque. Le persone morte durante il trattamento sono 36, oltre il 56% per Aids. Il tasso di mortalità è dell'1%, decisamente inferiore a quello che riguarda altri utenti non in trattamento con eroina, ed in ogni caso non comprende casi di overdose.

CROLLANO LE ATTIVITÀ ILLEGALI

Uno studio a parte concerne le attività illegali. Il reddito proveniente da furti o rapine è sceso dal 69 al 10%: è forse uno dei dati più visibili dell'intera ricerca. Interviste degli interessati e riscontri sui dati forniti dalla polizia parlano di un 60% in meno di atti delittuosi compiuti da partecipanti al programma, e di conseguenza di un forte regresso nelle condanne emesse a loro carico dai tribunali locali.
I risultati si vedono, dunque. Vale la pena inserire questa possibilità terapeutica nel pacchetto che, ordinariamente, i servizi offrono alle persone tossicodipendenti. Ma quanto costa allo stato tutto questo?
Costa 51 franchi al giorno per utente, di cui 35 coperti dai pazienti stessi e dalla mutua, e gli altri reperiti tra vari enti pubblici e privati. Uno studio di valutazione economica ha ipotizzato, a fronte di questa spesa, un beneficio giornaliero di 96 franchi per utente, basato su «risparmi possibili su inchieste penali e soggiorni penitenziari e in misura minore sul miglioramento dello stato di salute». Il beneficio netto sarebbe dunque di 45 franchi al giorno per persona. Un buon argomento anche per chi, di tossicodipendenti, non ne vuole proprio sapere.

da: *Fuoriluogo*, ottobre 1997

I programmi sull’eroina in Svizzera: parla Ueli Locher

Grazia Zuffa

Quando in Italia si parla di politica svizzera sulla droga, si pensa perlopiù alle esperienze di Zurigo: la prescrizione sotto controllo medico di eroina, iniziata nel ‘94, ma soprattutto il Parkspitz soprannominato “il parco dei drogati”. Un luogo di ritrovo e soggiorno di “tossici”, che accorrono in massa, sul finire degli anni '50, prima da Zurigo e poi da altri Cantoni, insieme a molti spacciatori. Una grande “scena all’aperto” di droga, cui nell’89 il Comune offre una rete di servizi di assistenza, dal pronto soccorso ai programmi scambia-siringhe. Ma il concentrarsi del mercato illegale con gli inevitabili risvolti di microcriminalità e le proteste della popolazione, inducono nel '92 le autorità di Zurigo a chiudere il parco. I tossicodipendenti occupano allora una zona limitrofa, il Letten, dove presto si ricreano gli stessi problemi: di nuovo la polizia interviene, sgombrando la zona nel '95. L'esperienza del Parkspitz è presentata dai media italiani (a cavallo degli anni '90, in pieno trend proibizionista a sostegno della legge Jervolino-Vassalli) come il «fallimento della riduzione del danno» o addirittura come la dimostrazione delle «magagne della legalizzazione». E così, forse sulla scia del Parkspitz, anche i programmi di somministrazione di eroina sono confusi con la legalizzazione e presentati come «l'eroina di Stato», atta a tutelare la popolazione “buona” e a ghettizzare i tossicodipendenti “cattivi”. Idea rafforzata nella fantasia collettiva dalle immagini del grande “ghetto” del Parkspitz. Un servizio del settimanale *L'Espresso* (17 Marzo 1995) significativamente titolava: «Siamo svizzeri o spacciatori?». Insomma: se l'Olanda incarna l'aspetto liberale e tollerante della riduzione del danno, specie in virtù della politica sulla cannabis, la Svizzera, e Zurigo in particolare, mostrerebbero invece l'aspetto “autoritario”, di controllo sociale “forte” di questa politica. Abbiamo chiesto a Ueli Locher, responsabile tecnico dei programmi di riduzione del danno a Zurigo, di chiarirci la politica cittadina sulle droghe.

Allora, dottor Locher, è giusto, come spesso si fa in Italia, parlare del Parkspitz come di un'esperienza di riduzione del danno, abbinandola ai programmi di prescrizione di eroina?

No, c'è molta confusione e fraintendimento sulla politica di Zurigo. Noi abbiamo adottato da tempo, all'incirca dagli anni ’88-‘89, la riduzione del danno, sulla base di un ragionamento coerente. Senza rinnegare e trascurare gli interventi tradizionali (la prevenzione, la disintossicazione, la somministrazione di metadone etc...), abbiamo introdotto un aiuto in più per ridurre i danni a quei tossicodipendenti, che, malgrado i tentativi fatti per uscire dalla droga, continuano ad assumere sostanze. È stata l'emergenza Aids ad aprirci gli occhi: abbassare la percentuale di infezioni fra i tossicodipendenti è divenuto l'obiettivo prioritario. Sono nati così i programmi di scambio di siringhe. E ci siamo resi conto che, al contempo, si doveva migliorare la situazione sociale, oltreché sanitaria, di questi consumatori: sono sorti allora centri di contatto e assistenza, che offrono alloggio in ostelli a prezzo molto contenuto ma anche programmi più stabili e strutturati, con possibilità di residenza fissa in monolocali o stanze con affitti molto bassi. La prescrizione di eroina è stata l'ultimo passo: se si accetta che alcuni soggetti per un certo periodo della vita facciano uso di droghe, dobbiamo fare di tutto per migliorare la loro condizione, cercando di tenerli lontani dai pericoli della strada, sia rispetto alle salute, che al contesto di illegalità. Mentre procedevano questi indirizzi, abbiamo vissuto il problema del Parkspitz. Fin dall'inizio si temevano i pericoli di queste “scene all'aperto”, specie per l'ordine pubblico e 1a sicurezza della popolazione. In un primo tempo si è pensato che aprendo molti centri di contatto in zone periferiche della città, si sarebbe “alleggerita” la situazione del Parkspitz. Ma non è stato così. Anche l'intervento della polizia nel '91 non ha risolto la situazione: la scena si è spostata al Letten, anche perché la gran parte dei tossicodipendenti, provenienti da altri Cantoni, non sapeva dove andare. Abbiamo imparato una lezione importante: la città di Zurigo da sola non può governare la situazione, né per quanto

riguarda l'ordino pubblico, né sotto l'aspetto dell'assistenza. Ci occorre un aiuto anche dalla polizia cantonale: ancora più decisivo l'impegno di tutti i Cantoni per creare infrastrutture di accoglienza ai tossicodipendenti che vengono allontanati da Zurigo, altrimenti inevitabilmente torneranno in città.

Ma queste "scene all'aperto" non erano un tentativo di "governare" il problema della tossicodipendenza?

Non direi, il fenomeno si è prodotto spontaneamente. Nella prima metà degli anni '80 c'erano piccole "scene" sparse un po' per tutta la città: poi i tossicodipendenti hanno cominciato a frequentare il Parkspitz; all'inizio la situazione non era intollerabile, anche perché il luogo era abbastanza isolato. Certo, si è sottovalutato il problema: non si immaginava che il Parkspitz avrebbe poi attratto un numero così alto di tossicodipendenti e spacciatori. Ma non c'è mai stata alcuna volontà o decisione del Consiglio di Zurigo di aprire una "zona dei drogati".

Dunque l'esperienza del Parkspitz non ha niente a che fare con la riduzione del danno, anche se lì i tossicodipendenti potevano usufruire di servizi, come lo scambio di siringhe?

Assolutamente no. Il fenomeno del Parkspitz non rientra nelle politiche di riduzione del danno, che abbiamo iniziato dall'88. Si distribuivano le siringhe, perché ovviamente lì potevamo contattare i consumatori di eroina. Ma il "parco dei drogati", ripeto, non è stato voluto da noi, né tanto meno è stato voluto per i programmi di scambio di siringhe.

Torniamo allora alla riduzione del danno, di cui ci ha sintetizzato gli indirizzi. In Italia c'è una certa resistenza culturale, specie rispetto ai programmi di metadone "a mantenimento" e ancora di più a quelli di eroina. Sarebbero, si dice, forme di "convivenza" con la droga, per ridurre il disturbo alla popolazione, senza aiutare i consumatori ad uscire dalla loro condizione. Queste obiezioni sono presenti anche in Svizzera?

Ci sono state anche da noi. Tuttavia oggi la riduzione del danno è accettata non solo dall'opinione pubblica, ma anche dallo forze politiche e dal governo federale, che si è posto quattro obiettivi principali: prevenzione, terapia e riabilitazione, riduzione del danno, repressione del grande spaccio. L'opposizione è stata vinta perché si è capita l'importanza dell'offerta differenziata di aiuto, in corrispondenza delle diverse fasi di vita dei tossicodipendenti. Se manteniamo un contatto coi consumatori, diventa più facile per loro un passo successivo verso un programma di disintossicazione, o un programma metadonico. Le prospettive per i tossicodipendenti migliorano se con l'aiuto dei servizi, possono mantenere un alloggio fisso e non vivere per strada, se possono guadagnarsi la vita con un lavoro senza essere costretti a rubare o spacciare. La riduzione del danno non sostituisce altri programmi, è una strategia complementare in un progetto complessivo di aiuto.

Quanto dice rovescia un luogo comune ben radicato in Italia. Si pensa che i trattamenti con eroina siano svincolati da un'offerta sociale più complessiva; e perciò destinati a "ribadire" la condizione di dipendenza senza alcuna prospettiva di miglioramento. In realtà nei vostri programmi è essenziale il sostegno concreto (l'alloggio, il lavoro) per evitare la "deriva sociale" del tossicomane: mentre la contemporanea prescrizione di eroina serve anch'essa ad aiutare il soggetto a condurre una vita più integrata socialmente, mettendolo al riparo dai rischi per la salute e dai pericoli del mercato illegale.

Certo. E se il tossicomane mantiene una soddisfacente integrazione sociale, può darsi che in un'altra fase della vita possa porsi l'obiettivo di superare la dipendenza dalla sostanza. Diversamente tutto è molto più difficile.

Parliamo ora più nello specifico dei trattamenti con eroina, dei criteri per accedervi e dei risultati.

Oggi a Zurigo ci sono 200 persone iscritte a questi programmi, che comprendono la somministrazione di eroina, iniettabile o per aspirazione, oppure di metadone orale: per entrare occorre avere almeno 20 anni, essere domiciliati a Zurigo, e avere alle spalle una dipendenza di almeno due anni. L'ammissione avviene sulla base di una valutazione complessiva della situazione del soggetto, anche medica. Attualmente la maggior parte degli iscritti ha circa 30 anni, una decina di tentativi precedenti con altri trattamenti, e circa dieci anni di dipendenza da eroina, il 40% è sieropositivo. Il bilancio definitivo si avrà nel 1997, anche se già quest'estate faremo una prima valutazione. Ma già si può ricavare qualche impressione: lo stato di salute di questi consumatori migliora e c'è una certa stabilizzazione sul piano sociale; circa la metà di loro cerca di trovare un lavoro: spesso non ci riescono e allora li aiutiamo con inserimenti lavorativi “protetti”.

Ricevere eroina dai servizi serve a tenerli lontano dal mercato illegale e a ridurre il tasso di microcriminalità?

Uno del parametri per valutare l'efficacia dei programmi sarà anche questo. Ma già da ora vediamo che l'incidenza dei reati commessi da questi soggetti si è molto ridotta. Tuttavia rimane una difficoltà a tagliare i ponti completamente col mercato illegale. Il 90% degli ammessi ai trattamenti consumava sia eroina che cocaina. Il tossicodipendente da sola eroina non esiste quasi più. Dopo l'inserimento nei programmi, il 50% non consuma più cocaina. Tuttavia c'è ancora un 40% che ricorre al mercato illegale per procurarsi la cocaina, che noi non possiamo prescrivere, con tutti i rischi che ne conseguono.

Pensate di rivedere le leggi nazionali?

Quando sarà pronto il rapporto scientifico finale si discuterà delle prospettive. Il rapporto non riguarda solo Zurigo, ma tutta la Svizzera perché la sperimentazione è in corso anche a Basilea, Berna e in molti altri Cantoni, compreso Ginevra: il coinvolgimento dei Cantoni di lingua francese è un'importante novità.
Se le conclusioni saranno positive, quei programmi entreranno nella *routine* dell'assistenza e allora bisognerà mutare la legge, cancellando l'eroina dalle sostanze totalmente proibite, e introducendola nella farmacopea.

Ci risulta che ci siano pressioni politiche in seno all'Europa perché i Paesi che hanno adottato la linea della tolleranza ritornino sui propri passi. Ad esempio le forti critiche dei francesi e del governo tedesco hanno indotto l'Olanda a modificare, seppur marginalmente, le regole per l'acquisto della cannabis nei coffeeshops. Ma anche la Svizzera di recente è incorsa nella condanna dell'organismo di controllo degli stupefacenti delle Nazioni Unite. Finora si à pensato che la riduzione del danno potesse svilupparsi in ogni contesto legislativo, anche proibizionista, basandosi sulla capacità di iniziativa delle autorità locali. Il processo d'integrazione europea e internazionale non rischia forse di pregiudicare le autonomie nazionali e locali?

È chiaro che l'unificazione europea influenzerà anche la politica sulla droga e si tenterà di uniformarla. La Francia, la Svezia e in certa misura anche la Germania sono a favore di una politica più repressiva. Sull'altra sponda, Olanda, Svizzera e altri paesi sono più aperti alla riduzione del danno, ed è in corso una battaglia politica. È decisivo che gli obiettivi e soprattutto i risultati della riduzione del danno siano illustrati in maniera chiara e trasparente: è il modo più efficace per resistere alle pressioni. L’Olanda, è vero, ha parzialmente ristretto la vendita nei *coffeeshops*, ma al

contempo sta avviando i programmi di somministrazione di eroina: il che è un'ulteriore apertura. Anche la Svizzera (che pure non fa parte della Comunità europea) subisce le pressioni dell'Onu, perché il nostro paese non ha ancora firmato la Convenzione di Vienna. Le critiche Onu in merito ai nostri programmi e anche al Parkspitz erano infondate e ridicole, e infatti il nostro governo ha reagito rispondendo puntualmente alle contestazioni. Ma, come ho detto, il tutto era strumentale per spingerci a ratificare la convenzione dell'88.

E la firmerete?

La firmeremo ma con riserva: in modo da poter continuare i nostri programmi con l'eroina.

da: *Fuoriluogo*, maggio 1996